

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marguerite CORDIER

Née le 31 Mai 1896, à Dijon (Côte-d'Or)

L'IMMUNITÉ DU NOURRISSON

VIS-A-VIS

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Président : M. PIERRE TEISSIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHER.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERRONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médica'e.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . . }	Pathologie médicale.
CLERC . . . }	
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . . . }	Pathologie médicale.
FOIX }	
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
OYEUX	Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri). . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Obstétrique.
LEWAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL. . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale
METZGER. . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . . }	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . . }	
MOURE. . . . }	Pathologie chirurgicale.
MULON.	
PHILIBERT. . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
ROUVIERE . . .	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER. . . .	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT. . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . .	Obstétrique.

MM.

RETTERRER. . .	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE	Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU . .			fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LERBOULLET . . .	Clinique médicale infan-	RATHERY . .	Clinique médicale.
	tile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Cliniq. ophtalmologique
LÆPER . . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MON GRAND-ONCLE

LES DOCTEURS C.-F. NICARD et N. NICARD

A MON PÈRE
LE DOCTEUR PIERRE CORDIER

A MA MÈRE

A MA SŒUR
LE DOCTEUR ANNE CORDIER

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Professeur de Clinique des Maladies infectieuses

*Qui m'a fourni les éléments de ce travail.
Témoignage de reconnaissance.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS

Médecin de la Maternité

*Qui m'a inspiré l'idée de cette thèse
et qui m'a aidé de ses conseils,
Qu'il veuille bien trouver ici la
preuve de mon profond attache-
ment.*

A MES MAITRES A L'ECOLE DE MÉDECINE
ET A L'HOPITAL DE DIJON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

Médecin de l'Hôpital Trousseau

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE

Médecin de l'Hôpital Trousseau

INTRODUCTION

Le nourrisson peut-il contracter une fièvre éruptive ?

« Les nouveau-nés et les nourrissons, nous dit le Professeur Weill, dans les premiers mois de la vie échappent en général à la propagation de la maladie comme si l'immunité conférée à la mère par une première atteinte se transmettait atténuée et temporaire à l'enfant. »

Il nous a paru intéressant d'étudier les fièvres éruptives chez le nouveau-né et le nourrisson de moins d'un an.

La résistance spéciale du tout jeune enfant à la vaccine serait due à l'immunité acquise de la mère transmise au produit de la conception. L'influence de la vaccination de la femme enceinte sur le fœtus dans l'utérus date de Jenner. Dès sa première publication il en fait mention 1798. Mais ce n'est guère qu'à partir de 1874 que les observations se multiplient et que la question est étudiée systématiquement.

Les travaux de Béchère, Chambon et Ménard confirment les observations antérieures et ils pensent que l'immunité est due au pouvoir antivirulent du sang des

sujets vaccinés et que les enfants en héritent. Coulomb dans sa thèse 1899 donne l'explication de l'immunité fugace de l'enfant, il s'exprime ainsi :

« La courte durée de l'immunité vaccinale congénitale s'expliquerait par la disparition de la substance antivirulente transmise par le sang maternel au sang fœtal, ce serait une immunité passive suivant les vues d'Ehrlich. »

Ainsi s'expliquerait qu'Husson obtienne deux tiers d'insuccès chez les nouveau-nés tandis qu'à six semaines il en observe 20/o seulement.

D'après les travaux récents de M. Wurtz 1918 l'immunité des ascendants ne dure pas plus de deux à trois semaines pour la vaccine. Telle était l'opinion généralement reçue. Mais elle a suscité des contradictions.

M. Gastinel pense contrairement aux idées émises qu'il n'y a pas d'immunisation naturelle à la vaccine. Pour lui il y a réceptivité presque absolue du nourrisson à la vaccine. *Tous les nouveau-nés sont aptes à recevoir le virus.* Il existe quelques cas assez rares où l'immunité tient à une vaccination de la mère pendant la grossesse mais elle est de courte durée. De ce qu'une primo-vaccination échoue, il ne faut pas conclure à un état réfractaire. Si la vaccine ne prend pas chez le nouveau-né c'est que son tégument n'est pas apte à réagir avant la cinquième semaine.

Il y aurait d'autre part une question de sensibilité particulière du nourrisson à la vaccine. Celle-ci serait très faible et M. Camus propose pour vacciner avec succès les enfants âgés de moins d'un an de choisir un vac-

cin frais très actif, car les nouveau-nés sont moins sensibles que les enfants plus âgés. Ainsi donc il ne s'agirait pas d'immunité mais d'une résistance plus grande à l'infection dont un vaccin actif triomphe aisément.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ces faits de la résistance du jeune enfant aux fièvres éruptives. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que les fièvres éruptives respectent la première enfance ou du moins ne s'y montrent qu'avec une exceptionnelle rareté. Le Professeur Weill, de Lyon, nous dit ceci : « L'observation clinique montre en effet que des maladies éruptives rougeole, scarlatine, variole, ne surviennent qu'exceptionnellement dans les premiers jours de la vie et même dans les six premiers mois.

Dans les relations d'épidémies enfin, il est rarement parlé d'enfants au-dessous d'un an.

Au cours de ce travail nous nous occuperons des nourrissons de moins d'un an. Au delà le nombre des cas de fièvres éruptives est trop grand pour présenter autant d'intérêt. En effet les statistiques font déjà mention d'enfants de 15 à 18 mois.

CHAPITRE PREMIER

L'EXISTENCE DE L'IMMUNITÉ DANS LES PREMIERS MOIS DE LA VIE EXTRA-UTÉRINE EST-ELLE RÉELLE ?

En présence de l'opinion des auteurs on est en droit de se demander si le nourrisson est réfractaire aux fièvres éruptives et si oui quelle en est la cause.

En effet dans la pratique courante les nourrissons ne sont en général pas atteints ; on voit, comme le faisait remarquer Trousseau, les enfants de la seconde enfance prendre la maladie et les tout-petits rester indemnes au milieu d'un foyer contaminé.

Immunité, dira le Prof. Weill, c'est-à-dire existence dans l'organisme d'antitoxines spécifiques capables d'annihiler tout virus. Cette immunité serait une immunité transmise de la mère à l'enfant, assez stable pendant les premiers mois et qui irait en s'amointrissant à mesure que l'enfant avance en âge.

Le nouveau-né apporte avec lui une quantité suffisante

d'antitoxines pour le protéger contre les infiniment petits.

Dutrey fit en 1921 un intéressant travail sur les fièvres éruptives chez le nourrisson, il conclut à l'immunité du jeune enfant de moins de six mois. Cette préservation serait d'après lui due à une transmission héréditaire de l'immunité et la lactation contribuerait à l'entretenir.

Mais on se trouve en présence de deux ordres de faits contradictoires : d'une part des nourrissons au sein, dont les mères sont atteintes d'une fièvre éruptive et qui restent indemnes ; d'autre part, des enfants du même âge qui sont atteints en même temps que leur mère ou quelques jours après.

Il faudrait donc admettre que dans le premier cas les enfants sont immunisés, dans le second qu'ils ne le sont pas.

Cette explication nous paraît insuffisante puisqu'elle n'est pas assez générale pour renfermer tous les cas.

Par ailleurs l'enfant ne réagit pas de la même façon que plus tard aux infections. Les moyens de défense sont très faibles à la naissance, les infections y sont fréquentes. L'enfant qui naît aseptique, dès ses premiers contacts avec le monde extérieur s'infecte. C'est ainsi que dès la première absorption de lait les bactéries envahissent son tube digestif. Dans la bouche on trouve une flore microbienne très développée et parfois sa prédominante reproduit l'infection du moment, réglant par exemple une épidémie dans une crèche. C'est ainsi qu'à l'époque des gripes saisonnières, le pneumocoque se trouve en abondance dans la salive. Pour des raisons

parfois minimes, ces bactéries deviennent pathogènes. On connaît la fréquence des broncho-pneumonies du premier âge. La peau elle-même n'est pas épargnée, les pyodermites sont communes. Il y a d'autres exemples : l'ophtalmie, les infections de la plaie ombilicale, les érysipèles, le tétanos, etc, d'où l'on peut conclure que le nouveau-né ne paraît nullement immunisé vis-à-vis des infections banales. En ce qui concerne un tissu en particulier : la peau par exemple, on est en droit de se demander si l'on obtiendra de ce côté des réactions analogues à celles que l'on observe chez l'adulte ou l'enfant déjà grand.

La pyodermite a déjà des caractères particuliers. D'autre part nous avons vu dans le chapitre précédent que le tégument n'est apte à réagir qu'après la cinquième semaine (Gastinel).

Klein Schmidt a étudié expérimentalement la cutiréaction : les jeunes animaux se montrent moins sensibles à l'infection que les adultes. Là encore le tégument ne réagit pas.

Lesage (1911) émet l'opinion que bien des fièvres éruptives passent inaperçues chez le nourrisson : bien des fièvres en escalier, bien des septicémies de la première enfance ne seraient que des fièvres éruptives sans exanthèmes, la rougeole surtout. Ceci s'accorde assez avec le manque de réactions du tégument chez le tout jeune enfant.

Il faut donc tenir compte des caractères histologiques des tissus et s'attendre à ce qu'une éruption n'ait pas forcément les mêmes caractères chez le petit enfant que

chez les grands enfants. Cette peau est mince, peu riche au début en pannicule, les poils sont du duvet, les muscles érecteurs manquent, l'appareil glandulaire est ébauché. L'épiderme est fragile, la couche cornée mince, l'appareil pigmentaire peu développé.

Toutes ces considérations doivent intervenir dans l'étude des réactions de la peau du nourrisson à l'inoculation d'un agent d'une maladie à éruption cutanée.

Si, comme l'a dit M. Camus, il faut pour vacciner de tout jeunes enfants un vaccin plus frais, plus virulent ceci peut s'appliquer également aux fièvres éruptives. Nous avons trouvé dans la thèse de Néau une observation tout à fait intéressante. Un enfant de 6 mois est en contact avec une sœur rougeoleuse, il n'est pas contaminé. La mère qui a eu l'affection dans l'enfance prend la rougeole et contamine son nourrisson.

« Il semble, dit l'auteur, que l'enfant a pu résister à une première dose de virus mais non à une seconde ». Peut être en effet qu'ici c'est non seulement la qualité de l'infection qui intervient, mais la quantité de virus reçu.

Enfin cet état du tégument expliquerait pourquoi on voit tant d'exanthèmes fugaces, tant de rougeole frustes.

Mais à côté de ces arguments d'ordre physiologique il en est un autre d'ordre prophylactique : c'est l'isolement dans lequel vit le nouveau-né.

Si l'on observe ce qu'est l'existence du tout jeune enfant on est frappé de sa vie très sédentaire. L'enfant sort des bras de sa mère pour être mis au berceau. Le

temps qu'il passe dans les bras de sa mère est très court : la durée d'une tétée, le temps de changer une couche, en somme une vingtaine de minutes toutes les 3 heures, et le reste du temps il est seul dans son berceau. Le tout jeune enfant a une vie à part dans la famille, pas de jeux, pas de vie en commun pendant les premiers mois, on le laisse seul dans un endroit calme.

Après 5 ou 6 mois l'enfant commence à s'intéresser à ce qui l'entoure, il demande à être tenu plus longtemps ; il entre en contact avec ses frères et sœurs et voyant plus de monde il a plus de chance d'être contaminé.

Il arrive ici ce qui se passe pour la tuberculose. Si la mère n'est pas une tuberculeuse avérée, crachant des bacilles, l'enfant ne présentera pas de manifestations avant 5 ou 6 mois.

Après, l'infection est rare dans les milieux sains, mais ici la santé de tous ceux qui approchent l'enfant journellement importe beaucoup ; aussi observe-t-on plus de tuberculose à cet âge que pendant les 6 premiers mois et cette affection ne cessera de croître, les chances de contagion devenant plus nombreuses.

Si la mère est saine l'enfant n'a aucune chance d'être contaminé.

La mère est-elle atteinte d'une fièvre éruptive on éloigne l'enfant le plus possible et il n'ira dans les bras de sa mère que pour les tétées et avec quelles précautions ! De même si les frères et sœurs sont malades on mettra le petit jalousement à l'abri de la contagion.

Ceci est fort bien dans les milieux aisés où l'on peut s'occuper des enfants et les isoler quand ils sont malades.

Mais si l'on se reporte à la classe ouvrière que voit-on ?

L'enfant, dès le jeune âge, sera mis en garde à la crèche où évidemment on ne prend que des enfants sains. Mais un léger coryza, un catarrhe oculo-nasal sans fièvre passera inaperçu et le porteur contaminera ses voisins. Ou bien l'enfant est gardé par sa mère, lorsque les autres enfants rentrent de l'école on leur confie le nourrisson pour lui donner son biberon, le distraire ou calmer ses cris. Cet enfant d'âge scolaire est donc une source de contamination.

Pour ceux-là que devient l'immunité ?

La maladie est apporté par l'ainé et il a déjà contaminé l'enfant avant de s'aliter. Tout le monde vit dans la même chambre et le travail de la mère l'empêchant de soigner ses enfants on les voit venir à l'hôpital.

Voilà ce qui nous paraît le mieux expliquer pourquoi nous avons trouvé tant de nourrissons atteints de fièvres éruptives à l'hôpital Claude Bernard. Ces enfants plus exposés prennent aussi plus fréquemment une de ces fièvres éruptives si commune à l'âge scolaire.

Aussi est-ce plutôt une question d'isolement que d'immunité qui fait que le nourrisson est moins souvent atteint.

C'est aussi l'opinion de Blache et Guersant qui disent : « Les enfants nourris au sein sont moins prédisposés et moins exposés à la contagion, entourés qu'ils sont de plus de soins et de plus de surveillance que les enfants plus âgés ».

CHAPITRE II

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ETUDE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES CHEZ LE NOURRISSON ET LE NOUVEAU-NÉ

Nous allons étudier successivement les fièvres éruptives et voir comment le nouveau-né et le nourrisson sont frappés, nous commencerons par la plus contagieuse et la plus bénigne pour arriver ensuite aux maladies moins communes : Rubéole et scarlatine.

Varicelle

La varicelle est une maladie presque inévitable dans l'enfance. Les adultes en sont très rarement atteints et elle est beaucoup moins fréquente de 8 à 15 ans. Si l'on consulte les traités classiques on est frappé de l'unanimité avec laquelle les auteurs en font une maladie du jeune âge.

Mais si l'on cherche à approfondir, à savoir si l'enfant de quelques mois en est atteint, on ne trouve rien.

Comme dit fort bien Cadet de Gassicourt, la bénignité de l'affection justifie le dédain des auteurs pour cette maladie.

Chambard, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dit que cette affection est rare avant le 6^e mois ».

Dans le même ouvrage on trouve cité Tordeus qui constata à Bruxelles en 1877 une épidémie dans une salle renfermant :

10 enfants de moins de 6 mois, 1 varicelle.

20 enfants de 6 mois à 1 an, 18 cas.

Picot et d'Espiné déclarent que cette maladie s'observe généralement dès l'âge de 6 mois. Enfin dans Grancher et Comby il est dit : « La varicelle est rare chez les nouveau-nés et les nourrissons, ils ont une réceptivité moins grande s'ils ne sont pas protégés par l'isolement relatif de leur genre de vie ».

Or c'est bien cet isolement qui semble agir. Nous nous rappelons l'enseignement de notre maître M. Lesné qui, lors d'une épidémie dans son service de l'hôpital Trousseau, nous apprenait la grande contagiosité de cette affection qui ne respecte aucun âge. Nous avons encore à l'esprit cette phrase qui résumait cette opinion « Il n'y a point de barrière à la contagion de la varicelle, aucun isolement n'est efficace ».

Marie dans sa thèse (1893-1894) rapporte une observation de Comby, d'un enfant de 9 mois au sein, présentant une éruption de varicelle simulant l'impétigo.

M. Lesage a insisté sur l'extrême contagiosité de la

varicelle qui vient toucher les malades très éloignés les uns des autres comme s'il s'agissait d'un germe particulièrement léger, entraîné par le moindre courant atmosphérique.

Le professeur Teissier rapporte que Guinon l'a observée chez un enfant de 6 mois, Sanné chez des enfants de moins de 2 mois. Il cite également Méry qui relate le fait d'un nouveau-né contagionné 14 jours après sa venue au monde (la salle d'accouchement avait reçu des enfants varicelleux).

Dans une épidémie suivie par Apert en 1895 à la Maternité 18 enfants de moins de 6 mois furent atteints. 3 d'entre eux semblaient avoir été contaminés dès la naissance.

Nous-même avons pu observer des cas de varicelle chez des nouveaux-nés dans le service de notre Maître M. Ribadeau-Dumas.

L'observation I nous montre un enfant de 22 jours. La 2^e observation est celle d'un enfant de 4 semaines, il est atteint d'une varicelle confluente ; on ne peut trouver une surface d'une pièce de cinquante centimes exempte de bulles ; il a été contagionné par une sœur de 2 ans.

Pour les autres nous n'avons pas de renseignements aussi précis sur la contagion mais à des âges divers ils ont fait une varicelle.

Avant l'éruption l'enfant présente des vomissements, une légère élévation de température quelquefois ne dépassant pas 38°, des selles liquides. En même temps la courbe de poids descend pendant 2 à 3 jours puis tout rentre dans la normale, la courbe de poids redevient ré-

gulièrement ascendante. Au cours de la maladie l'enfant présente souvent des troubles pulmonaires, depuis la bronchite légère jusqu'à la broncho-pneumonie.

D'après ces faits cliniques on voit que le nouveau-né exposé à la contagion n'est en rien réfractaire à la maladie et qu'il peut faire des complications pulmonaires qui changent alors le pronostic bénin de cette affection en celui de l'affection pulmonaire surajoutée.

La Rougeole

La rougeole est la plus commune des fièvres éruptives, ceux qui y échappent dans le jeune âge sont susceptibles d'être atteints à l'âge adulte. Dans la 1^{re} enfance cette maladie est plus fréquente que les autres fièvres éruptives. Une étude des auteurs nous permettra de nous en rendre compte.

Nous diviserons ce chapitre en 2 parties : la rougeole congénitale, c'est-à-dire l'affection qui se déclare à la naissance ou dans les premiers jours de la vie mais dans un temps qui ne permet pas d'admettre une autre contamination que l'infection intra-utérine, la mère étant atteinte elle-même de rougeole, puis la rougeole chez le nourrisson.

A. — La rougeole congénitale paraît reconnue par tous les auteurs.

D'après Barrier (*Traité des mal. de l'enfance*, 1861) Rosen de Rosenstein dit dans son *Traité de pathologie infantile* (1778) avoir observé la rougeole chez le nouveau-

né. Henn et Vogel ont observé également des rougeoles chez le nouveau-né, mais ces auteurs ne disent pas si la mère en était atteinte, nous ne pouvons donc pas conclure ici à des rougeoles congénitales.

Depuis Fabrice de Hilden et Sydenham jusqu'à ce jour on trouve dans la littérature plus de 30 observations de rougeole transmise de la mère à l'enfant in-utéro.

Fabrice de Hilden cité par Gautier de Genève (Ann. de gynécologie, 1879) signale la rougeole chez une femme enceinte de 8 mois $1/2$; au 4^e jour de la maladie douleurs ; elle accouche d'un enfant couvert de taches rouges. La mère et l'enfant, gravement malades, guérissent.

Observation Ledel citée par Schurig. (Travail Gautier). Une femme accouche dans les derniers mois de sa grossesse en pleine éruption, l'enfant a le corps couvert de taches rouges.

Bourgeois dans un Mémoire sur l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse, sur la santé des enfants, a vu un cas de rougeole congénitale où l'enfant vécut 3 jours.

Jacquemier, Traité des Accouchements, 1846, cite un cas de rougeole bien nette chez un nouveau-né dont la mère était atteinte. Il mourut peu d'instant après la naissance.

Hedrich (travail de Gautier) a constaté des taches rubéoliques à la naissance chez un enfant dont la mère était rougeoleuse. L'enfant présentait également des symptômes catarrhaux : du coryza.

Bleynie, de Limoges, rapporte en 1879 (Ann. de Gynécol.) qu'une femme fut prise de rougeole 4 jours après l'accouchement, elle mourut 15 jours après de métror-péritonite. L'enfant, allaité par sa mère, a été atteint une dizaine de jours après sa naissance. Il guérit.

Simpson (Chir. méd. et obstét., 1874).

Une femme accouche d'un enfant, quelques jours après elle meurt en pleine éruption, quelques jours après le nouveau-né a une éruption de rougeole.

Observation de Chausit (citée par Gautier) Union médicale, 1868. Une femme a eu la rougeole dans l'enfance. Elle présente une éruption de rougeole la veille de l'accouchement, le nouveau-né est atteint de rougeole.

Observation Kunze (Gautier).

Accouchement en pleine période éruptive, le 5^e jour l'enfant prit la rougeole. La mère et l'enfant moururent.

Dumas rapporte un cas de rougeole 18 heures après l'accouchement chez la mère. L'enfant, au sein d'une nourrice, va bien pendant 7 jours, puis il est agité, toussé, refuse le sein, puis rougeole.

Blache et Guersant en observèrent 1 cas.

Rilliet et Barthez également.

Sydney en rapporte 1 cas. *Simmons* également.

Lomer de Hambourg. (Centralblatt f. Gynaekologie, 1889.) en signale un cas au moment de la naissance chez la mère et chez l'enfant.

Montoux (Médical Standard Chicago, 1889) parle de 2 jumeaux nés à 8 mois en éruption manifeste qui moururent 24 heures après.

Ruter, de Hambourg (Centralblatt. f. Gynaekologie, 1890) en donne une observation sans éruption chez l'enfant, fièvre, légère conjonctivite, inflammation du nez, de la bouche, des bronches, des parties génitales, 0^e 40^e, allaitement maternel 13 jours après et pendant 4 jours, desquamation débute à la face (tour de la bouche, front), doigts.

Tarnier (citée de la rougeole et la scarlatine de la grossesse et suite de couches. Tornery et Durand. Paris, 1891) en cite un cas où l'enfant est atteint à son tour.

Lefour en signale un cas.

Fieux en a observé un cas à la maternité de Pellegrin.

Claverie, dans sa thèse, conclut : « Il n'est pas rare que le nouveau-né soit atteint, la rougeole maternelle compromet gravement la vie de l'enfant surtout dans le cas d'accouchement prématuré, à terme le pronostic est moins grave.

Les enfants meurent d'autant mieux que la rougeole est plus grave chez la mère ».

Comby cite quelques cas de rougeole intra-utérine où l'éruption morbillieuse apparaît à la naissance ou dans les jours qui suivent.

Le Dr Télesforo Fiori (Gaz. digli. osp. 1900) a observé plusieurs cas de rougeole transmise par la voie placentaire. En voici une observation rapportée par *Comby* :

« Une femme de 22 ans est prise de rougeole le 20 mai 1899 à la fin de sa grossesse. Elle accouche d'une fille le 22 mai présentant des macules morbillieuses à la face et au tronc, de la conjonctivite, du larmoiement, de la rhinite.

Le 27 mai exanthème généralisé, température 38°7.

1^{er} juin desquamation et guérison.

Klotz, dans ses conclusions, dit : « La mère peut donner la rougeole à l'enfant, ceci arrive dans quelques cas mais pas dans tous. Cette transmission paraît être en rapport avec la réceptivité du fœtus ».

Nouvat, dans sa thèse, montre que sur 34 observations bien suivies, la transmission de mère à fœtus s'est effectuée 21 fois seulement soit 61,76 o/o.

13 fois dès la naissance.

8 fois éruption quelques jours après mais assez tôt pour affirmer la contamination in-utéro.

L'enfant est donc contaminé dans la moitié des cas. La mortalité est considérable : 3/4 des prématurés ; à terme elle est moins grave.

Des travaux étrangers qu'il nous a été matériellement impossible de nous procurer traitent de cette question.

Steinschneider (E) Rougeole chez un nouveau-né de 9 jours (Deutsch. méd. Wehm. Leipzig et Berlin 1914).

Kincaid, Rougeole chez un enfant, contractée in utéro Memphis, Month., 1917.

Esch (P) Sur la rougeole pendant la gestation et sur la rougeole chez le nouveau-né (avec discussion sur la question de l'infection et de l'immunité).

(Zentralblatt f. gynækologie, Leipzig, 1918).

Schultze (E) La rougeole chez un enfant au sein de 4 jours. Deutsch. méd. Wehnschr. Leipzig et Berlin, 1921.

Dans l'impossibilité où nous nous sommes trouvée de nous procurer ces divers articles, nous pouvons seulement dire d'après le titre de ces travaux que la rougeole existe chez le nouveau-né.

Enfin le Prof. Teissier dans le *Nouveau Traité de médecine* rapporte une observation de Mason sur la rougeole congénitale.

« Une primipare de 19 ans qui accouche à terme en convalescence de rougeole d'un enfant dont le corps est tacheté et présentait une desquamation furfuracée que l'auteur distingue de la dermite exfoliatrice du nouveau-né. Dans le même ouvrage une observation de Rocaz, 1906, est rapportée.

4 enfants d'une même famille ont la rougeole, on éloigne la mère enceinte de 8 mois 1/2. Celle-ci est contaminée et en pleine période éruptive et fébrile accouche d'une petite fille. L'enfant présente une éruption morbilliforme de la face et du tronc, peu de catarrhe oculo-nasal sans fièvre.

Le Prof. Teissier dit : « J'ai personnellement observé 2 faits de rougeole d'enfants mis au monde dans mon service qui, 4 jours après, c'est-à-dire dans des condi-

tions d'incubation trop brèves pour légitimer une contagion externe présentèrent un érythème morbilliforme discret avec catarrhe ».

D'après ces nombreuses observations de contagion de mère à fœtus il semble que la rougeole congénitale existe fort bien et que dans bien des cas l'enfant quoique naissant sans stigmates de l'infection ne peut vivre et succombe quelques heures après sa naissance, ou dans les trois premiers jours.

B. — Mais s'il semble avéré que la rougeole congénitale existe, en est-il de même de la rougeole du nourrisson. Là encore nous consulterons la littérature.

Dans Blache et Guersant nous trouvons une opinion fort intéressante.

« Si la rougeole est plus ou moins fréquente à telle ou telle période de la vie il faut pour elle comme pour la variole et la scarlatine en chercher la raison beaucoup moins dans l'âge même ou dans d'autres conditions physiologiques que dans l'action du principe contagieux ; ainsi pour nous borner à cette remarque : *le nourrisson qui est tenu à la chambre et emprisonné dans ses langes presque toute la journée n'est-il pas plus protégé que l'enfant de 4 ou 5 ans, contre l'infection* » ?

L'isolement serait donc pour ces auteurs la vraie cause de l'absence de rougeole dans le jeune âge.

Picot et d'Espine nient l'affection chez le nourrisson, « L'immunité sans être absolue est très réelle dans les 6 premiers mois » disent-ils,

Pour Sanné la rougeole ne se montre guère avant un an, elle est fort rare chez les enfants à la mamelle. Et s'il admet des cas de rougeole congénitale il admet aussi que certaines épidémies ont fourni d'autres exceptions. Il rapporte celle de Chevilly, 1874, observée par Gassot qui, sur 200 cas environ en mentionne 25 chez des enfants âgés de moins d'un an dont 2 n'avaient pas plus d'un mois et de 1 à 2 ans il note 19 cas.

Dans cette épidémie citée également par Cadet de Gassicourt et par Béclère dans sa thèse, les nourrissons semblent avoir été atteints d'une façon étonnante.

D'autre part Monti (Vienne 1866) note que sur :

364 enfants atteints de rougeole ;

43 sont au-dessous d'un an ;

181 au-dessous de 5 ans.

Sanné fait remarquer que les enfants de moins de 2 ans n'entrent pas à l'hôpital, ils sont soignés dans leur famille. Peut-être est-ce la raison qui explique le petit nombre des rougeoles chez le tout jeune enfant et le silence des statistiques à ce sujet.

Cadet de Gassicourt nous dit que la rougeole est moins grave chez les sujets plus âgés. Les enfants qui ont dépassé la 1^{re} enfance et surtout la 2^e sont autrement vigoureux que les autres, aussi la gravité est-elle très grande dans la 1^{re} enfance où les accidents intestinaux et broncho-pulmonaires sont si fréquents. La rougeole est redoutable pour les faibles.

Béclère, dans sa thèse, publie une observation intéressante que nous résumons ;

Obs. LX. — Un enfant de 11 mois, René S..., contractant la rougeole en même temps que son cousin André âgé de 1 an, présente une rougeole régulière.

Il contamine ensuite un autre cousin vivant dans un appartement voisin ; cet enfant, Paul S..., âgé de 5 mois, a une éruption normale.

On voit ainsi que le contact infectant étant réalisé les nourrissons n'échappèrent pas à l'infection.

Comby déclare la rougeole des nouveau-nés très rare. « Il semble, dit-il, que dans les premiers mois l'enfant soit moins apte que plus tard à contracter la maladie, abstraction faite de l'isolement plus sévère qui l'entoure et de la moindre prise qu'il offre à la contagion ».

Pourtant cet auteur conclut qu'il n'y a rien d'absolu en la matière et qu'il ne faut pas s'y fier ; puis il nous donne une statistique faite à l'hôpital Trousseau en 1895.

Les 715 morbillieux hospitalisés pendant cette année se répartissent comme suit :

		Décès
au dessous de 1 an. . .	45 cas. . .	15
1 à 2 ans. . .	176 » . . .	52
5 à 15 ans. . .	158 » . . .	6

Mais les commentaires sont encore plus précieux. Il affirme l'inexactitude de ces chiffres.

En effet le chiffre 45 est beaucoup trop faible il n'est pas réel ; il est très rare qu'on hospitalise les enfants au-dessous de 1 an sans leur mère.

Comby s'exprime ainsi « ... Car chaque fois qu'un enfant de cet âge m'était présenté, je ne le recevais qu'à

mon corps défendant et j'obtenais souvent des parents qu'ils le gardassent chez eux par crainte des dangers que l'hospitalisation lui faisait courir ». Il ne gardait donc que les rougeoleux sevrés ou à l'allaitement artificiel ce qui élimine de la statistique la majorité des enfants.

Pour toutes ces raisons la rougeole doit être considérée comme assez fréquente chez les nourrissons de moins de 1 an. (Comby).

Mais à côté de ces opinions françaises très éclectiques, l'opinion allemande vient nous envahir et l'on saisit la transition dans la thèse Le Sourd. Lui aussi recherche pourquoi le nourrisson est moins souvent atteint. Il pense que l'isolement en est la principale cause. Il s'exprime ainsi :

« Il est difficile d'accepter l'hypothèse allemande (de Steffen) qui attribue aux nouveau-nés un état réfractaire spécial et on peut être autorisé à penser que l'isolement presque forcé des enfants aux maillots joue un grand rôle dans cette immunité en les préservant tout au moins du contagement direct ».

En effet, Steffen et Cioffi ont soutenu que les enfants très jeunes (au-dessous de 5 mois) étaient réfractaires à la rougeole.

Cependant quelques auteurs français soutiennent l'immunité du nourrisson à la rougeole.

Le Pr Roger cite 2 cas de contagion de rougeole de mère à enfant sur 17 cas (statistique 1899).

Il dit: » L'infection n'est pour ainsi dire jamais transmise par la mère malgré les rapports les plus intimes qui l'unissent à son nourrisson quelle que soit l'interpré-

tation, le fait clinique semble établi sur un nombre suffisant d'observations ».

Pour Hutinel les enfants à la mamelle sont exceptionnellement contagionnés :

« Il est bien certain que ces enfants tenus le plus souvent hors du contact des malades sont moins sujet que les autres à prendre la maladie.

« Sevestre cite des cas où les enfants ne prirent pas la maladie de leur nourrice. Toutefois l'immunité du nourrisson n'est pas absolue car nous avons eu l'occasion d'observer une épidémie chez des nourrices allaitant de très jeunes enfants et les enfants eurent tous une légère éruption : une rougeole très atténuée ».

En 1905, Fédon relate une épidémie survenue en province qui resta bénigne ; sur un total de 60 cas, il n'y en a pas de mort, mais cette épidémie lui prouva que pas plus que les adultes, les nouveau-nés ne sont à l'abri de la contagion. Il cite une enfant de 8 jours et un autre de 15 qui prirent la maladie. Nous rapportons ces observations plus loin.

Nous citerons la thèse de Lemarquand sur la scarlatine, l'auteur a observé 4 cas de contagion de rougeole de mère à enfant à l'hôpital Pasteur. Le premier est une rougeole très nette, dans les 3 autres cas vers le 10^e jour on observe une poussée fébrile peu accentuée 38° à 38°2 coïncidant avec une éruption morbillieuse légère.

Mlle Corensvète (1908) dans sa thèse nous expose 11 observations chez des enfants de moins de 1 an.

Nous trouvons dans la thèse de Néau (Bordeaux) un essai sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson, très intéressant.

L'auteur a observé un nombre assez important de rougeole chez le nourrisson, ce qui est contraire à l'opinion classique. Il relate 38 observations au-dessous de 1 an et 112 observations de 1 à 2 ans.

Les 38 cas se répartissent ainsi :

	Décès	Broncho pneumonie
0 à 6 mois. . . . 12 cas	2	4
6 à 12 » 26 »	10	14

Le plus jeune de ces enfants était âgé de 1 mois.

Dans cet ouvrage nous trouvons une statistique du Dr Taillens Privat-Docent à Genève.

Ces chiffres sont établis dans sa clientèle de ville :

0 à 6 mois. . . .	7
6 à 12 »	12
1 à 2 ans	42
2 à 3 »	61

sur 600 cas observés.

Nous signalons également dans cette thèse une observation personnelle que nous avons résumée dans le premier chapitre.

Cette observation est à la fois très intéressante et très troublante, car en somme, comment se fait-il que subitement cette soi-disant immunité cesse malgré l'allaitement maternel et toutes les raisons qu'on a invoquées pour la conservation de cet état. Il semble bien plutôt que les conditions de contagion n'étaient pas suffisantes dans le premier cas.

Si le nourrisson est quelquefois réfractaire il existe des exemples de ce genre, assez rare du reste, chez des

enfants plus âgés ou même chez l'adulte. Nous avons observé dans une famille de 3 enfants dont l'aîné a 3 ans; une rougeole chez le plus jeune, âgé de 5 mois. Celui-ci a été pris de fièvre, de coryza. Le médecin le traita pour un coryza banal, mais quelques jours après, il est rappelé l'enfant présente une éruption typique de rougeole. Les 2 aînés sont bien portants. On ne les isole pas, il est trop tard. La guérison est rapide, légère desquamation. Les 2 autres enfants ne contractèrent pas la rougeole.

Dans la littérature on trouve quelques faits de ce genre. Panum, lors de l'épidémie aux îles Féroé, cite certains jeunes gens vivant au milieu des malades qui furent épargnés.

Ferréol, dans une relation d'épidémie en 1883, cite une jeune fille qui couche successivement avec ses 2 sœurs atteintes de rougeole et qui n'est pas contaminée. Il relate également un cas personnel où il a vu un sujet réfractaire qui prend l'affection l'année suivante.

Dutrey, dans sa thèse, a admirablement étudié une épidémie de rougeole à la crèche St-Ferdinand. Il y avait 33 enfants dans cette crèche, 22 prirent la rougeole bien qu'isolés dans des boxes; 11 enfants restèrent indemnes, ils étaient âgés de moins de 6 mois.

Armand Delille est du même avis, il admet que peut-être le nouveau-né a pendant quelques mois un certain degré d'immunité mais il devient ensuite nettement réceptif.

Pour Lereboullet enfin l'enfant posséderait une immunité vis-à-vis des fièvres éruptives.

Nous avons étudié les cas de rougeole qui se sont pré-

sentés à la Maternité d'une part et à Claude Bernard d'autre part.

Dans le service du Professeur Teissier, notre étude a porté sur une année et nous avons ainsi établi une statistique.

De novembre 1922 à décembre 1923 nous avons trouvé les chiffres suivants :

Enfant au dessous de 1 an.	. . .	34
« de 1 à 2 ans.	. . .	38
« de 2 à 3 ans.	. . .	70

La rougeole atteint donc les enfants de moins de 1 an dans une assez forte proportion.

Dans les cas que nous avons observés il est vrai que l'éruption était souvent discrète à évolution normale ou même raccourcie, l'exanthème dure peu, les phénomènes généraux s'amendent très vite et le petit malade entre rapidement dans la convalescence.

Cependant dans l'observation II l'enfant, bien qu'ayant eu une rougeole normale, sans complication, présente une perte de poids continuelle depuis cette époque pour arriver le 6 juin à peser 2.400, poids inférieur de 500 gr. ou son poids de naissance. L'enfant, qui a guéri de la rougeole, ne peut plus faire les frais de la maladie et ceux du sevrage qui a suivi et il meurt cachectique et déshydraté.

Nous ne parlerons pas des complications du côté des oreilles car l'otite est monnaie courante chez les tout petits qui à la moindre infection, coryza banal par exemple, présentent un écoulement d'oreille.

Il est évident d'autre part que la rougeole avec le ca-

tarrhe des muqueuses et, l'infection buccopharyngée qui l'accompagnent, prédisposent à l'otite.

Enfin la bronchite après la période d'exanthème est assez fréquente puisque sur 34 cas observés en 1 an nous trouvons 13 complications, ce qui fait dans 1/3 des cas.

Dans un travail de Gassot on trouve une complication thoracique sur 3,66 cas. Tandis que les complications intestinales si fréquentes à cet âge ne sont que de 1 sur 5,5.

Quant à la diphtérie associée à la rougeole si fréquente et si meurtrière d'après les auteurs nous n'avons jamais eu l'occasion de l'observer puisqu'à Cl. Bernard, dès le moindre doute, l'enfant reçoit une injection préventive de sérum antidiphtérique.

Il est de notion courante de dire que la rougeole est bénigne chez le nourrisson. Un examen des statistiques de mortalité mettra mieux en lumière l'importance de l'infection.

Prenons celle de Rilliet et Barthez ; tandis que la mortalité générale de la rougeole est de 30,8 % la mortalité avant 1 an est de 62 %. Gassot en donne une de 1 sur 5 avant 1 an et 1 sur 9,50 de 1 à 2 ans.

Grancher donne une mortalité en ville de 3 à 5 %.

Parrot, aux Enfants Assistés, trouve une mortalité de 95 %.

Bartels, à Kiel, a dressé pour une épidémie la statistique suivante :

au-dessous de 1 an.	. . .	100 %	de mortalité
de 1 à 5 ans.	. . .	39 %	»
» 5 à 10 ans.	. . .	37 5%	»

Comby, en 1895, à l'hôpital Trousseau, donne une mortalité de 33 % avant 1 an, et de 1 à 2 ans 30 %.

Si nous examinons la statistique A. H. Abbot, citée dans la thèse de Dutrey, nous trouvons les chiffres suivants sur un total de 6.414 décès.

au-dessous de 1 an . . .	1.760
de 1 à 5 ans. . .	4.154
» 5 à 10 ans. . .	373

Cette statistique est très suggestive, elle montre une mortalité de 33 % au dessous de 1 an, on ne peut comparer le premier chiffre au second, puisque dans ce dernier cas il comprend un espace de 4 années, par conséquent le nombre des cas est forcément beaucoup plus grand de même que la mortalité.

Un deuxième tableau du même auteur indique la mortalité répartie suivant l'âge durant la première année.

Nombre total des décès des enfants de moins de 1 an : 14.795.

0 à 3 mois. . .	395	soit. . .	2,7 %
3 à 6 » . . .	1.161	» . . .	7,7 %
6 à 12 » . . .	13.257	» . . .	89,6 %

On voit ainsi que le nombre des décès va croissant avec l'âge, faut-il en conclure que la maladie est moins meurtrière dans les premiers mois. Nous ne le croyons pas, car il faudrait connaître le nombre de rougeole observée, comme elle est moins fréquente dans les premiers mois, la mortalité est moindre.

Ici encore, cette progression semble être parallèle à celle des rapports de l'enfant avec le monde ambiant.

Il existe encore 2 statistiques de Variot.

	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans
1901 — Entrée	55	176	152
» Décès	18	51	16
Soit	37,7 %	29 %	10 %
1903 — Entrée	60	162	113
» Décès	22	38	10
Soit	36,6 %	23,4 %	8,84 %

Mlle Corentsvète, dans sa thèse, signale une mortalité de 62,5 %.

La statistique de Néau nous fournit une mortalité de 31,5 %.

Nous avons consulté les statistiques de la ville de Paris durant 4 années et nous trouvons les chiffres suivants :

	Décès	
1915 — au-dessous d'1 an	258	soit 29,3 %
» 1 à 4 ans	560	
1916 — au-dessous d'1 an	122	soit 17,9 %
» 1 à 4 ans	505	
1917 — au-dessous d'1 an	103	soit 17,2 %
» 1 à 4 ans	414	
1918 — au-dessous d'1 an	44	soit 17,6 %
» 1 à 4	173	

Dans notre étude durant une année à Claude Bernard sur 34 cas de rougeole chez le nourrisson de 0 à 1 an nous n'avons eu que 3 morts à déplorer soit 8,8 %.

Cette faible mortalité, en regard des chiffres imposants de statistiques, n'a pas été sans nous frapper.

Par ailleurs, une camarade, actuellement externe dans une crèche hospitalière, nous a rapporté l'observation d'une épidémie de rougeole, la mortalité était effroyable :

tous ceux qui étaient atteints mouraient de broncho-pneumonie.

A Claude Bernard, malgré les complications pulmonaires, la mortalité resta faible, mais il s'agissait d'enfants vivant dans leur famille bien portants qui, brusquement, étaient pris de rougeole. Tandis que dans les crèches hospitalières il y a des enfants affaiblis déjà par des troubles gastro-intestinaux, des atrepsiques, les uns tuberculeux, les autres syphilitiques, en somme des « malades » chez qui survient une rougeole. Evidemment l'état antérieur conditionne la gravité des cas. Beclère, dans sa thèse, donne comme chiffre de mortalité dans les rougeoles secondaires :

30 morts sur 52 cas, soit 57 o/o.

Or on peut considérer la rougeole dans les crèches comme une affection secondaire, une surinfection venant s'ajouter à l'état morbide antérieur sur un organisme qui se défend mal.

Il semble bien que cette explication est totalement insuffisante et nous pensons qu'il y a des épidémies plus meurtrières et c'est bien ce que nous ont démontré les études des statistiques.

Pour n'en citer que quelques exemples, voici des chiffres :

Statistique Parrot, 95 % ;

Statistique Comby, 33 %, mais peu d'enfants au-dessus de 1 an reçus ;

Statistique Variot, 32 % et 36 % ;

Statistique Corentsvète, 62,5 %.

Aussi avons-nous cherché si, en 1924, la mortalité était

plus élevée au même moment où dans la crèche de Saint-Louis la léthalité était si importante.

Nous avons alors relevé à Claude-Bernard les chiffres suivants :

11 cas au-dessous de 1 an survenus du 20 mars au 20 avril.

il y eut : 6 décès ;

» 9 bronchopneumonies ;

» 2 bronchites diffuses.

Tous les enfants présentèrent des troubles de l'appareil pulmonaire et les formes étaient plus graves. Il semble bien que comme l'a fort bien fait remarquer Stephen Chauvet (1914), les épidémies de rougeole ont une physionomie bien différente. Maladie bénigne parfois, mais lorsque la broncho-pneumonie sévit, la mortalité est effroyable et tandis que certaines épidémies sont exemptes de complications pulmonaires, d'autres voient d'emblée s'installer les broncho-pneumonies.

Dans le même mois, je trouve à S. Chauvet les chiffres suivants relevés chez M. Marfan :

1896 : statistique faite par Léon Bernard, mortalité 17 0/0 ;

1914 : statistique faite par Stephen Chauvet, mortalité 39 0/0.

La rougeole est loin d'être rare durant la première année, elle est même assez fréquente ; moins commune dans les premiers mois lorsque l'enfant vit beaucoup dans ses langes et son berceau, ce qui restreint les chances de contagion, elle existe cependant et nous avons vu avec quelle gravité.

Scarlatine

La scarlatine est-elle une maladie de la première enfance ?

Les auteurs semblent la considérer comme une rareté pendant la première année, mais sans toutefois nier son existence.

Senn, dans sa thèse de 1825, décrit une épidémie à la Maternité. Les nouveau-nés, isolés des mères scarlatineuses, mais qu'on avait gardés à la Maternité quelques jours pour y être vaccinés, présentèrent bientôt tous les signes de la scarlatine.

Sanné écrit ceci : « La scarlatine ne respecte aucun âge, la première enfance comme la vieillesse », puis il cite Bernouilli qui, à Bâle, l'observait sur un garçon de 3 semaines et sur une petite fille de 2 mois. Baillou, cité par le même auteur, parle aussi de plusieurs cas de scarlatine congénitale chez des enfants dont les mères étaient atteintes de cette affection.

Mais après ces observations, on trouve plus loin dans l'article cette phrase : « Les enfants à la mamelle sont rarement atteints ».

Blache et Guersaut écrivent qu'aucun âge n'est à l'abri de la scarlatine, puis ils rapportent cette observation de Potier, 1844 : « Il s'agit d'un enfant nouveau-né dont la mère fut, le lendemain de l'accouchement, prise de scarlatine. L'enfant, isolé immédiatement du sein maternel, n'en contracta pas moins la maladie qui fut très intense

et qu'il supporta bien tandis que la mère mourait le 15^e jour ».

Pour Wurtz, la scarlatine est une maladie de la deuxième enfance, elle ne s'observe guère avant la première année et presque jamais chez le nouveau-né.

Bohn en a vu au-dessous de 4 mois, il rapporte aussi que des nourrices atteintes de scarlatine ont pu contagionner l'enfant qu'elles allaitaient.

Quant à la scarlatine congénitale on en a observé 17 cas, la mère contagionnant le fœtus.

Ballantyne et Milligan signalent aussi un cas de scarlatine de la grossesse avec infection du fœtus.

Lesage, dans sa thèse de 1877, décrit une épidémie survenue à la Maternité, et sa première observation est celle d'un enfant de 2 mois nourri au sein. Celui-ci a communiqué la scarlatine à sa mère qui était entrée dans la maison comme nourrice.

Toujours en parcourant la littérature française, nous avons trouvé dans la thèse de Legendre, 1881 (Obs. XI), une observation d'un enfant de 8 jours que nous publions plus loin (page 74).

On trouve ensuite une thèse de Meyer (1886-87), dont 2 observations se rapportent à des nourrissons, l'une due à Bohn est celle d'un enfant d'un an nourri au biberon, qui fait une scarlatine hémorragique et meurt après avoir contagionné sa sœur qui eut une scarlatine normale.

L'autre, observation personnelle, nous présente un enfant de 8 mois qui prend la scarlatine d'un autre enfant précédemment soigné dans la même chambre.

Dans une statistique, le Prof. Roger signale 3 cas au-dessous d'un an sur 997 scarlatines en 1899.

1 enfant de 28 jours ;

1 enfant de 6 mois qui mourut ;

1 enfant de 8 mois.

Damain, dans sa thèse, nous rapporte une observation qu'il doit aux D^{rs} Bloch et Vicenti. Un enfant de 5 mois, élevé au sein, qui fait une scarlatine avec exanthème, température et convulsion, il est guéri au 26^e jour.

Legendre présente à la Société Médicale des Hôpitaux, 1895, l'observation d'une femme scarlatineuse et de son enfant nourri au sein jusque-là. A l'entrée à l'hôpital, on isole l'enfant à cause de l'état grave de la mère. L'enfant contracte la maladie 18 jours après celle-ci.

La même année, Apert, dans un article sur la scarlatine, publie une statistique sur 256 cas, on trouve :

1 enfant de 6 mois ;

1 enfant de 11 mois qui ont contracté la maladie.

Comby étudie 500 cas de scarlatine à Trousseau, en 1896, il signale 3 cas au-dessous d'un an.

Navarre, dans sa thèse, trouve sur un total de 243 cas de scarlatine chez l'enfant 2 cas au-dessous d'un an.

Chausserie-Laprée, dans son travail sur la fréquence de la rhinite purulente dans la scarlatine, nous présente 2 observations chez des nourrissons, prises dans le service du prof. Roger.

L'une est celle d'un enfant au sein atteint de coryza purulent ; 2 jours après un érythème scarlatiniforme apparaît ; l'enfant mourut sans qu'on ait fait le diagnos-

tic. Trois jours plus tard la mère est prise de scarlatine typique, ce qui permet un diagnostic rétrospectif.

La 2^e observation est celle d'un enfant de 5 mois nous en publierons l'observation résumée plus loin.

Lemarquand qui a également cité ces cas publie 2 observations personnelles de scarlatine du nourrisson, observées dans le service du Dr Martin à l'hôpital Pasteur.

L'une d'elles se rapporte à un enfant de 4 mois qui prit l'affection de son père et fit une scarlatine normale.

Quant au 2^e cas, chez un enfant de 15 jours, nous en résumerons l'observation plus loin.

Dans le travail de Lemarquand nous trouvons aussi les observations recueillies dans la littérature étrangère et nous lui empruntons tout ce qui va suivre.

Welch et Schlamberg écrivent : « L'âge est un facteur très important dans la détermination de la susceptibilité à la fièvre scarlatine. C'est un fait d'observation générale que les enfants au-dessous de 1 an présentent une moins grande disposition à contracter la scarlatine, ceci est encore vrai au-dessous de 5 mois et chez les enfants au dessous de 3 mois la scarlatine est excessivement rare ».

Les mêmes auteurs mentionnent que :

M. Fleischmann a vu des scarlatines à partir de 6 mois.

Eulenberg à partir de 9 mois.

Thomas après 5 mois.

Senft en cite un cas au dessous de 1 an.

Gaupp en cite 2.

Haller en a observé un cas à 5 mois.

Kupper un cas à 2 mois.

Voit un cas à 2 mois $1/2$.

Veit un cas à 2 semaines.

Welch et Schamberg d'après leur expérience personnelle ont trouvé près de 50 cas au-dessous de 1 an sur 5000 scarlatines admises à l'hôpital municipal de Philadelphie soit 1 %.

M. Caiger a étudié 1008 cas de scarlatine au South-Western Hospital en 1890 et signale 8 cas de 0 à 1 an soit près de 1 %.

M. John Allan rapporte un cas de scarlatine chez un enfant de 3 semaines dont voici l'observation résumée.

L'Enfant est amené pour érysipèle du scrotum et des cuisses. La mère dit que depuis 2 jours l'enfant a de la fièvre, il est triste et vomit. L'examen du corps montre une teinte rouge écarlate des téguments. La gorge est rouge, injectée, la langue framboisée typique. Température axillaire 102 F. La température tombe bientôt ; 3 jours après début de desquamation autour des oreilles et du cou. Guérison rapide.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier la scarlatine chez l'enfant nouveau-né. Puisque dans tous les cas (3 cas) de scarlatine que nous avons observés chez les mères à la maternité, l'enfant n'a pas été contagionné. A. Claude Bernard cependant nous avons pu recueillir l'observation d'enfants de moins de 1 an ayant contracté l'affection.

L'une de nos observations, la II^e, est celle d'une enfant de 10 mois reçue à notre corps défendant, bien portante,

ses parents entraient dans le service pour scarlatine, quelques jours après son admission elle fait une scarlatine.

Malgré tout cette affection n'est pas fréquente avant un an, nous en avons 5 cas et de 1 à 2 ans pendant le même laps de temps nous en comptons 3 cas.

La scarlatine est beaucoup moins commune que la rougeole et bien des adultes n'en ont jamais été atteints. Mais il y a cependant une chose troublante, la mère peut être atteinte d'une scarlatine et son enfant, qu'elle le nourrisse ou non, peut rester indemne.

Nous avons observé dans les maternités bien des enfants de mères scarlatineuses qui ne contractaient pas la maladie. L'enfant était maintenu au sein s'il était à l'allaitement naturel, sinon on l'éloignait, mais l'isolement avait lieu après l'exanthème maternel, et la mère l'avait soigné pendant son incubation, malgré cela, ils ne contractaient pas la maladie.

Mais les exemples de non contagion, au sein d'un milieu contaminé ne sont pas rares, même chez des enfants plus âgés. Un de nos maîtres de Dijon, le Dr Petitjean nous en rapportait un jour un cas frappant. Dans une famille de 2 enfants, 7 et 8 ans, l'un est atteint de scarlatine, l'autre n'est pas isolé, bien plus il passe ses journées autour du lit de son frère, il n'est pas contagionné malgré les contacts répétés et l'année suivante cet enfant indemne fit une scarlatine typique. Le virus semble n'avoir pas trouvé des conditions de terrain suffisantes la 1^{re} année et plus tard ce terrain lui est devenu favorable.

Il nous reste maintenant à examiner la mortalité des tout-petits.

Dans une statistique norvégienne 1862 à 1878, Monsieur Johansen nous montre une mortalité assez grande.

93 cas de mort pendant la première année se répartissent comme suit :

2 à 3 mois	3 cas
4 à 6 mois	12 »
7 à 12 mois.	78 »

La statistique anglaise de Murchinson donne sur 148.829 décès de scarlatine :

9.999 enfants de 1 an soit 6,7 %.

La statistique Abbott montre sur 8.689 morts de scarlatine 585 au-dessous de 1 an soit 6,7 % de mortalité, pendant la 1^{re} année ; en voici la répartition.

0 à 1 an	585
1 à 5 ans	5.732

Répartition de décès pendant la première année.

Total des morts par scarlatine 1.561 . . .	{	0 à 3 mois	118	7,6 %
		3 à 6 —	192	12,3 %
		6 à 12 —	1.251	80,1 %

La mortalité est directement proportionnelle à l'âge et les cas de scarlatine suivent également cette progression. Plus l'enfant voit de monde plus il est exposé, plus il est contaminé.

Dans les statistiques françaises nous avons une mortalité oscillant entre 33 % et 50 %.

		0 à 1 an	Décès	1 à 2 ans	Décès	2 à 3	Décès
Charpentier	1896	3		32		55	
Apert E. M.	1895	2		9		11	
Navarre E. M.	1899	2	1	6	2	29	6
Maltrait E. M.	1900	2	1	12	5	21	5
Dumas E. M.	1908	2	0	10	1	31	5

Nous avons également consulté la statistique de la ville de Paris durant plusieurs années

		Décès	
1915 — au-dessous d'1 an	10	sur 128 décès par scarlatine	
» de 1 à 4 ans	57	soit 7,8 %	
1916 — au-dessous d'1 an	5	sur 85	
» de 1 à 4 ans	57	soit 5,8 %	
1917 — au-dessous d'1 an	1	sur 78 décès	
» de 1 à 4 ans	49	soit 1,2 %	
1918 — au-dessous d'1 an	1	sur 32 décès	
» de 1 à 4 ans	13	soit 3,1 %.	

Ces chiffres ne peuvent pas donner une idée exacte de la proportion sauf pour 1915, car ici comme pour la rougeole ils ont été établis pendant la période de guerre où le nombre des enfants de 0 à 1 an était très en-dessous de la normale surtout en regard des enfants de 3 et 4 ans.

La scarlatine n'est donc pas excessivement rare pendant la première année si elle est plus rare que la rougeole, ceci est également vrai plus tard. Les enfants au sein y sont aussi sujets que les enfants à l'allaitement artificiel et la gravité à cet âge est très grande.

Il faut cependant noter que les enfants non séparés de leur mère et allaités par elle ne paraissent pas contracter nécessairement la scarlatine.

L'explication de ces faits reste obscure, le nourrisson ne manifestant pas la maladie par les symptômes habituels ou possédant réellement une résistance propre à la scarlatine.

Rubéole

La rubéole longtemps confondue avec des érythèmes de toute origine fut tantôt prise pour une rougeole atténuée tantôt pour une scarlatine fruste. Les classiques tout entiers à la discussion de l'individualité de la rubéole ne s'occupent pas de la première enfance. Tous les auteurs du siècle dernier passent sous silence le facteur âge, il semble même que cette question n'ait pas été envisagée.

Il faut arriver aux traités récents pour voir la première enfance mentionnée.

M. J. Hallé se borne à dire : « Les nouveaux nés y échappent le plus souvent. »

Dans le *Nouveau Traité de Médecine*, notre maître le Prof. Teissier écrit :

« La rubéole respecte les nourrissons.

On ne saurait toutefois à mon avis affirmer que les éruptions roséoliques frustes ou éphémères qu'on observe parfois chez le nouveau-né nourri par une nourrice atteinte de rubéole ou de rougeole ne soient pas une rubéole ou une roséole légère ou fruste. Tout ce que l'on peut dire c'est que la réceptivité du nourrisson est limitée pour les raisons multiples qui réduisent pour lui les chances de contagion. »

C'est le seul ouvrage qui mentionne la possibilité de cette fièvre éruptive chez le nourrisson.

Nous avons parcouru les thèses et articles parus sur la rubéole mais là, même remarque que pour les auteurs classiques, aucun ne traite de notre sujet.

Il faut arriver en 1906 pour trouver dans la thèse de Dournel des observations de nourrissons au-dessous de 1 an ; nous en trouvons 9 cas. Cet auteur a observé de la toux, une température de 39° à 39°5, des ganglions tuméfiés indolores au cou et au pli de l'aîne puis une éruption fugace. Sur 9 cas il y eut 4 morts : une avec des phénomènes méningés, 3 avec de la broncho-pneumonie. Plusieurs enfants revus 3 mois après la rubéole restent chétifs, l'affection semble avoir sérieusement atteint l'état général.

Le Dr Hideo Saito décrit une épidémie survenue à Port-Arthur en 1913. Parmi ses observations on trouve 4 nourrissons respectivement âgés de 4-8-9 et 12 mois. Dans 3 de ces cas les frères et sœurs eurent aussi la rubéole ce qui confirma le diagnostic. Un de ces enfants de 8 mois fit une broncho-pneumonie. L'auteur insiste sur la difficulté de diagnostic chez les petits mais qui devient facile lorsque les frères et sœurs en sont atteints.

Dans le service de M. le Prof. Teissier, nous avons pu recueillir 3 observations de rubéole chez des nourrissons de 3, 5 et 8 mois.

La rubéole est beaucoup plus rare que la rougeole et la scarlatine. Le diagnostic en est beaucoup plus délicat, on comprend donc que les cas observés chez le nourrisson soient aussi peu nombreux.

CHAPITRE III

RÉSULTATS PRATIQUES

La mère atteinte d'une fièvre éruptive devra-t-elle continuer à nourrir ?

L'enfant de quelques mois, mis dans un milieu contaminé, peut prendre l'affection, nous venons de voir qu'il n'existe pas d'immunité à proprement parler.

La mère étant malade, conserver l'enfant au sein n'est-ce pas le vouer à une infection certaine ?

Nous ne le croyons pas. Dans bien des cas, lorsque le diagnostic est fait, surtout pour la rougeole, la contamination a pu avoir lieu ; alors à quoi bon pratiquer un isolement qui n'attire que des inconvénients. Un sevrage brusque amène toujours un grand trouble dans l'organisme de l'enfant, avant qu'il se soit adapté à sa nouvelle alimentation sa résistance s'amoindrit et il est une proie facile pour la contagion d'une fièvre éruptive.

Tels ces enfants isolés de leur mère scarlatineuse qui bien qu'isolés prirent l'affection.

Pour les préserver on les éloigne mais on les met dans un état d'infériorité au point de vue organique et la maladie évolue sur un terrain favorable.

Voici une statistique de la Ville de Paris qui nous a paru intéressante, ce sont les décès de 0 à 1 an avec le mode d'alimentation de l'enfant.

Rougeole

Année	sein	autre	Alim. inconnue
1915	61	177	20
1916	37	85	2
1917	12	90	1
1918	8	44	0

Scarlatine

Année	sein	autre alim.	Alim. inconnue
1915	4	5	1
1916	0	5	
1917	0	1	
1918	0	1	

Elle nous montre combien le décès est plus fréquent chez les enfants à l'allaitement artificiel. Si le lait maternel est nécessaire à l'enfant bien portant, combien il devient alors indispensable lorsque celui-ci est malade.

Il est donc de toute nécessité que la mère continue l'allaitement tant que son état le permet ; si même elle doit l'arrêter pendant quelques jours elle devra le reprendre le plus tôt possible ; elle sauvegarde ainsi la vie de son enfant par une alimentation appropriée à son âge.

C'est aussi l'opinion de l'Allemand Salge que nous trouvons exprimée dans la thèse Lemarquand.

Dans la littérature allemande nous trouvons également un travail de Neumann Privat Docent à Berlin : c'est une étude de la rougeole des nourrissons comparée au mode d'alimentation et à la rougeole antérieure de la mère ; nous y trouvons les chiffres suivants.

Nombre absolu de Rougeole

	La mère n'a pas eu la rougeole	Rougeole incertaine	La mère a eu la rougeole
0 à 6 mois	5	17	24
6 à 12 mois	18	76	81
12 à 18 mois	10	53	55
Total	33	146	160

Allaitement au sein dans le % des cas

	La mère n'a pas eu la rougeole	Rougeole incertaine	La mère a eu la rougeole
0 à 6 mois	25	63	32
6 à 12 mois	17	26	37
12 à 18 mois	20	23	33
0 à 12	17	32	37

« D'après les tableaux ci-dessus, dit Neumann, on constate que les choses se passent contrairement à ce qu'on pouvait attendre à savoir que pour chaque période de la vie la rougeole est plus fréquente parmi les nourrissons des mères ayant eu la rougeole. Le fait se poursuit avec une telle régularité à travers les diverses périodes de la vie qu'il ne peut être question d'une erreur de statistique. Si on ne voulait pas accepter dans

toute sa rigueur le fait qui vient d'être révélé, la conclusion s'impose : c'est que dans la rougeole il n'existe pas d'immunisation par l'allaitement et que les conditions particulières de l'infection chez le nourrisson tiennent à d'autres causes. »

Nous ne pouvons accepter ces chiffres dans tout leur absolutisme car le nombre de mères ayant eu la rougeole est très grand comparé à celui des mères n'ayant pas eu la rougeole. Mais nous pouvons y voir que l'alimentation au sein ne change rien à la contagion. Il faut chercher ailleurs les raisons pour lesquelles le nourrisson est épargné. Nous en trouvons une dans l'influence de la dose du virus (Observ. LIX de la thèse Neau). Les conditions anormales, le mauvais allaitement, l'hygiène défectueuse, tout ce qui diminue la résistance de l'organisme, ont une grosse influence. C'est donc dans cet ordre d'idée qu'il faudra faire la prophylaxie chez le tout petit.

L'enfant sera mis dans une autre chambre que celle de la malade, il sera isolé entre les tétées. Il est évident que les soins de propreté et d'hygiène seront rigoureusement suivis au moment des tétées. On fera porter un masque protecteur à la mère, les mains seront lavées. On lavera le mamelon avant de mettre l'enfant au sein. On traitera la mère par la méthode de Milne et on pourrait essayer chez le nourrisson d'une mère morbillieuse la méthode prophylactique de Nicolle. Mais il faut bien savoir que, dans la plupart des cas, la séparation est inutile parce que le diagnostic est posé trop tardivement.

On fera bien de désinfecter le rhino-pharynx de l'enfant par 1 goutte d'huile eucalyptolée à 1 % dans chaque narine ; on peut éviter ainsi même en cas de contagion les complications pulmonaires.

L'enfant à l'allaitement artificiel sera isolé très étroitement car pour lui la maladie est très meurtrière. Ici comme pour les autres affections du nourrisson la gravité est plus grande lorsque l'enfant n'est pas au sein. Pour eux il faut à tout prix éviter la contagion.

OBSERVATIONS

Varicelle

M. André, né le 29 mai 1924, pesant 2 kg. 200 à la naissance. Né à terme.

Entré le 17 avril : dès le 4^e jour l'enfant présente une éruption qui a débuté à la figure et s'est ensuite étendue à tout le corps. Petites bulles avec petite phlyctène centrale qui crevait, laissait sourdre du pus puis se recouvrait d'une croûte.

L'enfant arrive à la maternité avec sa mère au bout de 11 jours, très amaigri, n'augmentant pas de poids. Il avait de l'hypothermie à l'entrée ; n'était pas nourri au sein, est mis au lait d'ânesse et au lait de femme, avait des selles non digérées, a eu des vomissements le jour de son entrée.

Rien aux poumons. Rate un peu grosse.

Le 19 avril : légère poussée thermique, 37.9.

Sorti le 23 mai 1924.

C .. Suzanne, âgée de 28 jours.

Entrée le 25 février 1924.

Enfant de mère syphilitique, ayant été traitée pendant la grossesse, est élevée au sein, a été bien portant jusqu'au 23 février date à laquelle l'éruption a débuté. Actuellement pèse 3 kg. 960, A une éruption généralisée. A tout le corps

formé par des bulles à des stades divers, c'est une varicelle confluente.

L'enfant n'a pas été vaccinée mais sa mère l'a été.

D. César, né le 1^{er} décembre 1922.

Entre le 30 décembre 1922, donc âgé de 1 mois, enfant bien portant, mère avait de la stomatite.

Le 9 janvier : éruption de varicelles, diarrhée qui entraîne pendant trois jours une perte de poids, puis celui-ci reprend sa courbe régulièrement ascendante.

V. Marie, née le 1^{er} décembre 1920.

Entre à l'hôpital le 25 janvier 1921 pour varicelle.

Fait des complications de broncho-pneumonie et meurt le 29 janvier 1921.

R. Marcel, né le 20 octobre 1922.

Entré le 29 décembre 1922. Poids 3 kg. 700 à la naissance.

Premier enfant né à terme, présente une hydrocèle congénitale, pas d'autres maladies.

Examen : enfant mal soigné, ayant sur la tête des abcès multiples, un abcès dans la région sus-claviculaire droite.

Rien au p^{ou}mon, foie et rate normaux, pas de craniotabès.

Le 29 janvier : foyer de râles à la base gauche.

Le 1^{er} mars : éruption de varicelle.

Le 16 mars : eczéma. Guérison.

M. Gaston, né le 7 novembre 1920. Poids naissance : 3 kg. 500.

Entre le 25 février 1921, nourri au sein, présente du coryza sanglant, touse beaucoup, a des nausées.

Examen : foie et rate normaux, râles à la base p^{ou}mon gauche.

28 février : coryza plus intense.

7 mars : éruption de varicelle, envoyé à Claude Bernard.

C. Jacqueline, née le 3 juillet 1922, poids de naissance 3 kg. 080.

20 février 1923 : 1^{er} enfant venu à terme, pas de fausses couches, nourrie exclusivement au sein jusqu'à 6 mois, pas de maladie. Actuellement au lait stérilisé depuis 1 mois (150×7).

Maladie a débuté il y a 5 jours, brutalement par de la fièvre, θ 39° qui descend rapidement à 37° .

Examen 21 février : enfant en bon état, gaie, pas dyspnéique, rien à noter aux différents appareils, sauf quelques râles de bronchite disséminé dans les deux poumons ; ronchus, retentissement du cri plus marqué dans la région moyenne postérieure, respiration soufflante, inspirations rudes, reprise de la fièvre.

20 février : même état pulmonaire.

3 mars : submatité du $1/3$ supérieur du poumon droit, rudesse de l'inspiration, retentissement de la toux à ce niveau.

12 mars : rien à l'auscultation pulmonaire, otite double, nécessitant la paracentèse des 2 tympans qui bombent, écoulement de sérosité louche.

23 mars : éruption de varicelle typique, rien sur les muqueuses.

B. Anémone, née le 5 juillet 1922, à terme, poids de naissance 3 kg. 620.

Entrée le 21 février : enfant à l'allaitement mixte, sein et lait stérilisé depuis la naissance, pénible à élever au début et n'a repris son poids naissance qu'à 1 mois.

La maladie actuelle a débuté il y a 8 jours par une température à $39^{\circ}5$, de la toux, l'enfant continue à bien boire, a quelques vomissements, la fièvre tombe rapidement, mais reprend le 20 février.

A l'entrée : enfant pâle, dyspnéique, peau en bon état, craniotabès volumineux, bosses pariétales gauches et droites, saillantes, déformation oblique. Au poumon submatité à la

base gauche avec souffle et retentissement du cri. Foie et rate paraissant normaux.

26 février : râles de bronchite à droite, respiration soufflante, retentissement du cri à gauche.

10 mars : poussée thermique, dyspnée légère, submatité à la base du poumon gauche, foyers de râles sous-crépitaux, fins retentissement de la toux.

12 mars : même état pulmonaire, éruption de varicelle.

17 mars : éruption de varicelle intense, rien aux muqueuses, râles crépitant en foyer aux deux bases des poumons.

18 mars : otite gauche : tympan saillant nécessite la paracentèse.

5 avril : l'enfant part en convalescence.

Rougeole

Obs. I. — *Recueillie dans le service de M. Ribadeau-Dumas.*

Simone R..., 8 jours, entrée 8 juin 1923.

Envoyée au service de la rougeole avec sa mère âgée de 18 ans qui a présenté une éruption de rougeole.

Enfant élevée au sein, poids de naissance 3 kg. 150.

Le 11 : l'enfant présente du coryza.

Le 12 : éruption de rougeole qui dure peu.

L'état général ne semble pas atteint. Guérison rapide.

Obs. II. — *Recueillie dans le service de M. Ribadeau Dumas.*

Jacqueline D..., 11 jours, née le 10 mai 1923 à terme, poids : 2 kg. 925.

La mère accouchée à la Pitié fait une rougeole. L'enfant est maintenu au sein et 11 jours après sa naissance présente une éruption de rougeole. L'enfant ne fait aucune complication, mais depuis la rougeole, perte de poids continue et l'enfant entre le 6 juin à la Maternité dans le service de M. Ribadeau-Dumas pour diarrhée,

6 juin : à l'entrée, poids : 2 kg. 400, enfant nourri au biberon (la mère n'a plus de lait depuis sa rougeole).

Enfant amaigrie, déshydratée.

Tégument en bon état, refroidissement de la face, l'enfant tousse.

Foie et rate : normaux.

Aérophagie, péristaltisme intestinal.

Mise au lait de nourrice, 75 gr. par tétée.

8 juin : l'enfant a toujours de la diarrhée.

Elle meurt le 9 juin ayant perdu encore du poids, déshydratée, cachexie post-morbilleuse.

Obs. III. — *Service de M. Ribadeau-Dumas.*

Enfant âgé de 6 mois, entré le 28 mai 1924.

Poids à l'entrée : 4 kg.

7^e enfant d'une mère tuberculeuse, semble avoir manqué de soins, sous-alimenté, otite suppurée bilatérale.

Enfant maigre, nystagmus.

Alimentation lait stérile + bouillie maltée 170 × 7.

2 juin : le 6^e jour de son entrée éruption bulleuse, nuque et sous le menton, localisée au cou, rien sur le reste du corps.

3 juin : pas de nouvelles bulles.

8 juin ; température 38°5, vomissement, agitation.

13 juin : éruption température : 39°6, l'enfant boit difficilement, vomissements.

15 juin : appareil pulmonaire, râles fins à la base droite.

16 juin : foyer de broncho-pneumonie à droite, l'enfant refuse le biberon, il maigrit.

20 juin : dyspnée intense, l'enfant meurt.

Obs. IV. — *Service de M. Ribadeau-Dumas.*

R... 1 an, venu le 1^{er} juillet de Nanterre voisin de lit d'un rougeoleux, poids : 7 kg. 370.

2 juillet : température : matin : 38°6, soir 39°6 ; stomatite, 6 selles liquides.

3 juillet : éruption, Köplick, température : 40°, perte de 70 gr. sur son poids de la veille.

4 juillet : la température baisse.

8 juillet : guérison, le poids a une tendance à reprendre sa courbe ascendante.

Obs. V. — *Recueillie dans le service du P Teissier.*

T... Yves, 1 mois, entré le 26 mai 1923.

23 mai : l'enfant est fiévreux, il prend mal le sein, ses yeux larmoient et sont infectés, son nez coule.

25 mai : l'éruption aurait débuté sur l'abdomen, envahi la face et les membres, un médecin diagnostique une rougeole. La figure ne serait restée rouge qu'un jour.

D'autre part ce nourrisson présente sur l'abdomen une dermite squamelleuse persistant depuis la naissance et quelques rougeurs diffuses sur les cuisses, les membres.

Dans la bouche pas de Köplick, ni rougeur.

29 mai : température normale. Guérison.

Obs. VI. — Fl.. Roger, 4 mois, entre le 2 mars 1923.

Eruption typique de rougeole, température le 3 mars 38°, puis retour à la normale. Guérison rapide.

Obs. VII. — V... Pierre, 4 mois, entre le 13 avril 1923.

14 avril : éruption généralisée. Rien de pulmonaire.

18 avril : température normale depuis 2 jours, sorti sur la demande de sa mère.

Obs. VIII. — Ann... René, 5 mois, entré le 4 avril.

Début le 2, par une éruption sans aucun signe prémonitoire, pas de fièvre.

Eruption de taches rosées rares, pas de Köplick.

Appareil pulmonaire, quelques ronchus.

5 avril : éruption plus nette se généralise. Guérison rapide.

Obs. IX. — J... Françoise, 5 mois, entre le 2 avril 1923.
Köplick, éruption normale.

11 avril : les oreilles coulent depuis le 2 avril, *otite suppurée* bilatérale.

28 avril : paracanthèse, oreille droite.

Nombreuses oscillations thermiques. Guérison.

Obs. X. — L... Léone, 5 mois, 17 décembre 1922.

La mère entre à Tenon le 12 décembre pour sa fille qui avait une bronchite.

15 décembre : catarrhe oculo-nasal.

17 décembre : éruption rose claire sur le corps, la poitrine, les membres supérieurs, elle est de forme irrégulière et séparée par des intervalles de peau saine, catarrhe oculo-nasal, température : 38°5.

18 décembre : la température baisse. Guérison en quelques jours.

Obs. XI. — V... Maurice, 6 mois, entré le 5 janvier 1923.

7 janvier : son père est hospitalisé depuis plusieurs jours pour rougeole. L'éruption apparaît 12 heures après l'entrée, morbillieuse, confluyente au visage et au tronc et aux membres inférieurs, croûtes impétigineuses du cuir chevelu, température 40°. Poumons gros râles muqueux disséminés.

8 janvier : convulsions (plusieurs petites crises dans l'après-midi), pas de vomissements, température, matin : 41°, soir : 40°.

Du 8 au 10 la température descend à 38°1.

11 janvier : température : 39 6, convulsions.

L'enfant meurt le 14 après avoir présenté plusieurs crises convulsives.

Obs. XII. — Br... Marcel, 6 mois, entré le 17 mars 1923.

Catarrhe oculo-nasal depuis 2 jours.

A l'entrée l'éruption est apparue sur le corps, sauf la figure,

elle est de forme irrégulière avec des intervalles de peau saine. Température 39° et 39°5.

18 mars : chute de la température à 38° et 37°8.

Guérison en quelques jours sans complications.

Obs. XIII. — J... René, 7 mois, entra le 8 mars 1923.

Eruption typique de rougeole surtout abondante à la face.

Exanthème, adénopathie rétro-maxillaire, foie normal.

Rate percutable et palpable.

Râles sonores disséminés sans foyer prédominants.

12 mars : 38°6. Râles sonores très abondants.

17 mars 1923 : poumons normaux. Guérison.

Obs. XIV. — K... Paulette, 7 mois, entrée le 28 avril 1923.

Entrée à Héroid le 20 avril.

Le 24 elle présente une éruption ayant débuté au niveau du dos, la face a été prise la dernière, a présenté du catarrhe oculaire.

28 avril : il ne reste aucune trace de l'éruption, guérison.

12 mai : otite moyenne droite, paracanthèse.

Obs. XV. — J... Henri, 7 mois, entré le 22 décembre 1922.

19 décembre : a présenté du catarrhe oculo-nasal.

20 décembre : l'éruption est apparue sur tout le corps, a duré 2 jours.

23 décembre : il présente des traces d'éruption rose irrégulière, le catarrhe oculo-nasal persiste, quelques râles de bronchite disséminés.

29 décembre : poumons normaux, courbe thermique typique, guérison.

Obs. XVI. — Ch... Jeannine, 7 mois, entrée le 12 janvier 1923.

Eruption de rougeole typique, enfant bien constitué, température 39°.

Le 13 : la température baisse pour être normale le 14, guérison.

Obs. XVII. — L... Jeanne, 8 mois, entrée le 29-12-22.

Rougeole normale, début le 26.

3 janvier : éruption disparue, guérison.

Obs. XVIII. — P... Gilberte, 8 mois, 14 avril 1923.

L'éruption est apparue le 13 avril au soir, quelques éléments sur le corps.

14 avril : éruption disséminée, catarrhe oculo-nasal, déferescence amorcée le 17, mais reprise de la température le jour suivant avec maxima le matin, guérison.

Obs. XIX. — M.. Louis, 8 mois, entré le 17 décembre 1922.

Début koplich, catarrhe oculo-nasal sans éruption.

19 décembre 1922 : râles de bronchite des 2 côtés, diarrhée.

28 décembre : submatité de la base gauche, un foyer de râles humides.

3 janvier : diarrhée disparue, bon état général, guérison.

Obs. XX. — L... Sophie, 8 mois, entrée le 14 avril.

15 avril : éruption apparue le 14 sur le front et la face et surtout le 15 après un bain sinapisé, typique.

Catarrhe, Köplick.

Incubation remontant au début du mois, contagion par son frère, âgé de 2 ans, entré pour rougeole aux Enfants-Malades le 3 avril.

17 avril : auscultation, amplification du cri.

21 avril : se plaint de l'oreille droite, paracenthèse.

25 avril : éruption sérique.

29 avril : cris, agitation, ponction lombaire, liquide clair non hypertendu.

1^{er} mai : réaction méningée, raideur de la nuque, agitation sans kernig. 2^e P. L. liquide non hypertendu teinté en rose, légère lymphocytose. Malade moins agité après la P. L.

Le 2 mai : raideur de la nuque plus marquée, défervescence progressive à 37°, réaction méningée.

5 mai : nouvelle poussée thermique 38° 6. Matité de la base droite, un souffle à l'auscultation.

17 mai : le foyer se résout, guérison.

Obs. XXI. — R... André, 8 mois, entré le 30 décembre 1922.

Légère éruption de rougeole sans fièvre, un peu de diarrhée, éruption fugace, guérison très rapide.

Obs. XXII. — V... Pierre, 8 mois, entré le 14 décembre 1922.

Début : le malade a présenté du catarrhe, éruption rose sur la figure et la poitrine, discrète sur les membres.

Poumons : quelques râles de bronchite disséminés dans les 2 poumons, gorge rouge, température oscillant de 37 à 38°.

Le 17 : température voisine de 37°, guérison.

Obs. XXIII. — R... Louise, 8 mois, entré le 15 décembre, a eu une bronchite il y a 1 mois.

11 décembre : catarrhe oculo-nasal.

13 décembre : l'éruption est apparue sur le corps et la figure.

15 décembre : l'éruption envahit les membres, quelques râles de bronchite de 2 côtés, cœur normal, température 39°.

Défervescence rapide en 2 jours, guérison.

Obs. XXIV. — A... René, 9 mois, entré le 14 janvier 1923, entré en pleine éruption morbillieuse typique, a eu du catarrhe nasal 10 jours avant l'éruption.

Actuellement : exanthème généralisé de rougeole, pas d'adénopathie ; énanthème bucco-pharyngé, pas de köplick ; poumon sonorité normale, râles muqueux disséminés, frères entré pour rougeole en même temps, guérison en quelques jours.

Obs. XXV. — E... Anna, 9 mois, entré le 27-12 22.

Eruption généralisée mais pâle de rougeole, exanthème papuleux sur les cuisses, température élevée 39° 4, quelques tâches de köplick.

Résolution en quelques jours.

Obs. XXVI. — Ch... Roland, 9 mois, entré le 11 janvier 1923.

12 janvier : éruption déjà très pâlie, catarrhe en décroissance, gorge rouge.

Poumons : quelques ronchus et sibilances.

13 janvier : injection de sérum antidiphthérique préventive 15 cc. ; température 40° 3, soir 40°.

24 janvier : foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, quelques râles à droite.

25 janvier : éruption sérique, gros ganglions rétro-maxillaires à droite, grosses amygdales, pas d'angine, laryngite.

27 janvier : masse ganglionnaire cervicale.

29 janvier : la masse ganglionnaire semble se résoudre un peu, guérison.

Obs. XXVII. — P .. Fabienne, 9 mois, entrée le 5 juin 1923.

Eruption typique de rougeole avec catarrhe oculo-nasal et köplick, résolution en quelques jours.

Obs. XXVIII. — Mak... Théodore, 9 mois, entré le 17 avril, éruption très nette de rougeole, une sœur de 3 ans hospitalisée à la même date pour rougeole, sort guérie le 26 avril ; rougeole sans complication.

Obs. XXIX. — Yvonne, 10 mois, entrée le 14 avril 1923.

Eruption apparue le 13 au soir.

Son père soigné dans le service présente également une éruption apparue le même jour mais le matin, pas de catarrhe à son entrée, mais du köplick, il est difficile d'interroger la mère qui est sourde et muette, évolution raccourcie, guérison rapide.

Obs. XXX. — P... Raymond, 10 mois, entré le 31 octobre 1923.

Rougeole normale. L'incubation semble avoir été de 4 à 5 jours, on ne trouve pas de contagé.

Toux rauque accusant un énanthème se portant sur le pharynx.

31 octobre : exanthème morbillieux banal, très intense sur les membres inférieurs.

Enanthème très considérable, conjonctivite, la toux a perdu sa raucité.

Température élevée, pouls rapide, mauvais état général,

Poumon : souffle, quelques râles fins, un foyer à la base droite.

4 novembre : les signes se sont considérablement amendés, pouls redevient normal.

Poumons, les symptômes pulmonaires régressent, quelques râles seulement à l'ancien foyer, guérison.

Obs. XXXI. — B. Raymonde, 10 mois, entrée le 23 février 1923.

Eruption peu généralisée, température 39° à l'entrée, défervescence en 3 jours, guérison.

Obs. XXXII. — Fl... Georgette, 10 mois, entrée le 28 juillet 1923.

Eruption depuis le 23 juillet, râles, catarrhe, 29 juillet ; köplick, guérison.

Obs. XXXIII. — C... Marcelle, 10 mois, entrée le 14 décembre 1922.

Pas d'éruption à l'entrée, quelques taches de köplik-catarrhe oculo-nasal, rougeur de la conjonctive.

Gorge rouge.

18 décembre : l'éruption apparaît sur la figure, la poitrine.

19 décembre : râles sous-érépitants disséminés surtout à gauche.

22 décembre : même état pulmonaire.

Déferescence lente, les signes pulmonaires régressent.

Guérison, 31 décembre.

Obs. XXXIV. — Th. Edmond, 11 mois, entré le 23 juin 1923.

Début de l'éruption le 16 juin, catarrhe abondant simultané.

26 juin : râles disséminés, pas de foyer net, nombreuses oscillations.

3 juillet : les signes pulmonaires diminuent.

5 juillet : rien au poumon, mais la température reste élevée le matin.

Guérison, 12 juillet.

Obs. XXXV. — D... Armand, 11 mois, entré 18 juin 1923.

Début de la maladie par un catarrhe des muqueuses, éruption rose clair derrière l'oreille s'étend ensuite à la figure, tout le corps.

Gorge rouge.

20 juin : la température descend à la normale,

Guérison.

Obs. XXXVI — Br... Georgette, 1 an, entrée le 2 février 1923.

Début le 28 janvier : un autre enfant est à Hérolde avec la rougeole dont le début remonte à 7 jours.

Eruption généralisée déjà un peu pâlie, parfois un peu confluente.

Poumons : foyers de râles aux deux bases surtout à droite où l'on trouve de la submatité.

5 février : gros râles sous-crépitants, gros dans toute la poitrine, à droite au tiers inférieur du poumon un foyer de râles plus fins.

7 février : cyanose accentuée, râles dans les deux poumons.

9 février : dyspnée intense, cyanose.

L'enfant meurt le 11 février, cyanotique.

Obs. XXXVII. — M. Maurice, 1 an, entré le 14 décembre 1922.

Début, coryza, les yeux ont été larmoyants.

Actuellement, on voit une éruption disséminée sur tout le corps de forme très irrégulière.

Rougeur de la gorge, taches de köplick bilatérales.

Poumons, quelques râles de bronchite.

18 décembre : l'éruption de rougeole est très nette, température : 40°3 le 17, 39° le 18.

19 décembre : la température baisse.

Guérison, le 22 décembre.

Observations recueillies dans le service de M. le Professeur Teissier en mars avril 1924.

Obs. XXXVIII. — Anna, 11 mois, avril 1924.

Entre avec la rougeole, une broncho pneumonie.

L'enfant meurt 1 jour après son arrivée.

Obs. XXXIX. — L., Louis, 7 mois, avril 1924.

L'enfant arrive avec une rougeole déjà compliquée de broncho-pneumonie, convulsions.

L'enfant meurt dans une crise convulsive.

Obs. XL. — V... Mireille, 10 mois, entrée le 8 avril 1924.
Rougeole, broncho-pneumonie, l'enfant est cyanosée à son entrée, elle est très gênée pour respirer.
L'enfant meurt 8 heures après son arrivée.

Obs. XLI. — L... Eliane, 8 mois, entrée le 26 mars 1924.
Rougeole normale, déjà compliquée de bronchite diffuse.
Les signes pulmonaires s'amendent rapidement et la défervescence se fait au bout de 4 jours.
Guérison.

Obs. XLII. — V... Félix, 10 mois, entré le 26 mars 1924.
Rougeole avec bronchite diffuse.
Le 28 : l'enfant va mieux.
Le 30 température à 37°.
Guérison en quelques jours.

Obs. XLIII. — L... Jacqueline, 8 mois, entrée le 25 mars 1924.
Rougeole et broncho-pneumonie, foyer à gauche.
La température est entre 39°5 et 40° pendant 3 jours puis elle descend à la normale.

Obs. XLIV. — C... Maurice, 9 mois, entre le 19 avril 1924.
Examen le 20 avril, éruption morbillieuse en voie de disparition à la racine des cuisses et sur la face.
Dyspnée intense, enfant très abattu, battement des ailes du nez. Température : 40°6.
App. pulmonaire à droite, souffle, expiration intense, en avant et à droite, râles sibilants. Gros foie.
21 avril : température : 40°8, foyer de broncho à droite.
L'enfant meurt asphyxique le 22.

Obs. XLV. — M... Gilberte, 11 mois, entrée le 3 avril 1924,

L'enfant vient d'un milieu de rougeoleux, il a de la fièvre otite gauche, paracenthèse.

12 avril : rien de pulmonaire.

15 avril : submatité aux bases ; à gauche respiration soufflante à l'inspiration gros râles secs ronflants et gros sous-crépitants ; à droite inspiration très rude avec râles ronflants et sous-crépitants à timbre très sec.

Eruption : on note une éruption sur le dos et le thorax ; sur le dos et le thorax, nombreux éléments maculeux confluents en placard, catarrhe oculaire intense.

16 avril : submatité à gauche respiration soufflante, disparition des bruits surajoutés.

18 avril : ensemencement du nez et de la gorge, négatif. Tirage, battement des ailes du nez, sonorité augmentée des deux côtés. Respiration très rude à rythme modifié, expiration bruyante et prolongée, inspiration courte, pas de modification de la voix et de la toux.

19 avril : l'enfant meurt.

Obs. XLVI. — B... Raymond, 8 mois, entré le 26 mars 1924.

Eruption morbillieuse, köplick bilatéral, bronchite diffuse adénopathie. Température : 40°.

La température baisse rapidement, les signes de broncho-pneumonie régressent.

L'enfant guérit.

Scarlatine

Obs. I. — Gr... Gisèle, 8 mois.

Entre le 1^{er} avril 1923. L'enfant présente un exanthème morbiliforme aux jambes et scarlatiniforme sur le reste du corps. Température : 38°8.

Gorge rouge. Gros ganglions de la nuque à gauche.

5 avril : l'érythème devient nettement scarlatiniforme intense et généralisé.

La température oscille entre 38° et 40°.

L'examen des urines montre des traces d'albumine.

Le 9 avril : la température baisse en lysis.

12 avril : plus d'albumine dans les urines.

L'enfant sort guérie le 27, la desquamation est terminée.

Obs. II. — G... Suzanne, 10 mois.

Entre le 29 mars 1924 avec sa mère atteinte de scarlatine. L'enfant ne présente aucun érythème à son entrée, bon état général.

2 avril la température est à 38° puis reste entre 37°5 et 38° les jours suivants, anorexie, l'enfant boit mal, diarrhée.

8 avril : température à 38°7 le matin 39°3 le soir.

9 avril : l'érythème scarlatiniforme ayant commencé sur les cuisses le 8 au soir est actuellement généralisé.

Langue rouge.

L'enfant rejette en partie le lait qu'on la force à prendre, selles liquides.

La défervescence se fait rapidement, mais l'enfant présente de l'otite droite et un bubon qui dut être ouvert.

Le 24 avril : nouvelle éruption morbiliforme cette fois précédée d'un coryza.

Température élevée oscillante de 37°8 à 39° et même 40°.

Rougeole typique.

29 avril : foyer de râles fins à droite.

30 avril : broncho-pneumonie, gros foyer à la base droite.

L'enfant sort guérie le 15 mai.

Obs. III. — G... Solange, 1 an.

Elle entre le 16 janvier 1923, elle présente une éruption scarlatiniforme.

Exanthème.

Eruption généralisée avec maximum aux plis fessiers.

L'aspect granité est très net, le « signe du pli » est typique.

Enanthème.

Angine pultacée normale.

Adénopathie sous-mentale et angulo-maxillaire.

L'évolution normale sans incident, guérison rapide.

Obs. IV. — S... Jeanne, 1 an, entrée le 17 mai 1923.

Début, mercredi 13 par de la céphalée, des vomissements, l'éruption apparaît le 14 dans l'après-midi.

L'exanthème est celui d'une scarlatine typique.

Gorge légèrement rouge, température 39°4, pouls 172.

Poumons : respiration un peu rude à gauche.

Cœur : rien, bruits bien frappés.

22 mai : mauvais état général. Température 40° depuis 2 jours.

Pouls : 184. ventre gros ballonné, jetage nasal, gorge : grosses amygdales, pas d'exsudat apparent.

Oreilles : écoulement de l'oreille droite.

A gauche, gros écoulement avec fausses membranes.

Poumons : légère diminution de la sonorité à la base droite, respiration moins bien entendue à ce niveau, aucun foyer de broncho-pneumonie.

23 mai : ensemencement du pus de l'oreille gauche qui reste négatif.

25 mai : la température s'est maintenue à 40°, rien d'anormal au poumon, l'ensemencement de la gorge et du nez reste négatif au bacille de Löffler.

26 mai : température 40°, pommettes rouges, dyspnée.

Aux poumons, matité de la base gauche avec résistance au doigt, à droite sub-matité de la base, respiration rude dans toute la partie moyenne du poumon droit.

Base gauche : foyer de broncho-pneumonie avec souffle et râles fins.

1^{er} juin : température 38°5, amélioration notable, les signes pulmonaires régressent.

2 juin : température 39°, pouls incomptable, l'enfant cependant s'amuse un peu, rien de nouveau au point de vue pulmonaire.

8 juin : même état général.

Poumon : nouveau foyer de broncho-pneumonie à la partie moyenne du poumon gauche.

Abcès de la cuisse gauche.

11 juin : température 39°5. Poumon : un nouveau foyer à la base droite, râles sous-crépitants sans souffle.

Incision d'un abcès sous-cutané au niveau de l'épine de l'omoplate, de même abcès face externe du thorax. Mauvais état général.

13 juin : température 38°9, ouverture de 3 petits abcès.

Obscurité de la base droite.

Gros foyer, à gauche partie moyenne du poumon.

Pâleur plus marquée de la face, l'enfant meurt.

Obs. V. — R. Gisèle, 1 an.

L'enfant entre dans le service le 7 avril, elle présente une éruption scarlatiniforme typique.

La gorge est rouge, vomissements.

La langue décapillée est rouge et nettement scarlatineuse, évolution normale.

Le 20 avril, la température s'élève à nouveau, température en escalier le 23, taches de Köplick très nettes.

Le 24, l'enfant est rouge et le visage est atteint également, on est en présence d'une rougeole.

Poumon : l'enfant tousse depuis quelques jours.

Le 25 : foyer de broncho-pneumonie à gauche.

Le 27 : petits râles bulleux à droite.

A gauche, même état.

L'enfant est dyspnéique, température : 40°6.

L'état s'aggrave progressivement et l'enfant meurt le 30.

Observation extraite de la thèse de Legendre, 1881.

Joséphine C..., 29 ans, accouchée le 17 janvier 1880.

L'enfant est au sein.

5 jours après l'accouchement, début de scarlatine maternelle.

3 jours après l'éruption de la mère, l'enfant qui a continué à prendre le sein, présente une coloration uniformément rouge, c'est un pointillé saillant sous le doigt, s'effaçant à la pression, température 36°3.

Le 23 : l'enfant a encore la teinte écrevisse.

Le 24 : l'enfant devient rose et on voit maintenant une éruption miliaire très manifeste à petites vésicules transparentes, mais limitées au front, à la face et aux orbites. La température n'a pas atteint 37°.

Rien de particulier à l'appareil pulmonaire.

Le 3 février, la mère demande sa sortie ; elle est encore en desquamation.

L'enfant ne présente plus d'éruption, on n'a pas encore constaté de desquamation.

Observation extraite de la thèse Chausserie-Laprée.

Louise H..., âgée de 5 mois, entre le 1^{er} septembre 1899 à l'hôpital d'Aubervilliers.

Contage très net : sa mère atteinte de scarlatine est entrée à l'hôpital le même jour.

Début le 30 août par du malaise général, somnolence, refus de prendre le sein, diarrhée abondante, selles verdâtres fétides.

Le 31 : apparition de l'éruption, même état que la veille, la diarrhée persiste.

Le 1^{er} jour de son entrée, l'éruption est généralisée sur tout le corps.

La diarrhée verte est très abondante. On constate un coryza purulent très abondant,

A l'auscultation on trouve au sommet du poumon droit de la matité et du souffle.

Température du soir 40°9. Bains toutes les 3 heures.

Le 2 : état stationnaire. Température, matin 41°, soir 40°5.

Le 3 : matin, température 42°. L'enfant respire très mal, ses extrémités sont froides, mort.

Observation empruntée à la thèse Lemarquand.

Fernand L..., 15 jours.

Nourri au sein, entre avec sa mère à l'Hôpital Pasteur le 5 mai 1905.

Il est malade depuis 2 jours, toux, yeux rouges, 3^e jour éruption nullement morbillieuse, sur l'abdomen piqueté plus foncé.

Desquamation des nouveau-nés.

Toux fréquente, température à l'entrée 38°6.

6 mai : température 39°2, selles diarrhéiques nombreuses vertes, ventre ballonné.

2 jours après, l'état de l'enfant semble s'améliorer, il tète mieux, la température baisse en lysis le soir du 4^e jour, température 37°7.

Cependant dans la nuit le nourrisson meurt sans agonie et sans avoir présenté d'autres symptômes.

La mère Berthe L..., 19 ans, a commencé à souffrir de la gorge 3 jours après son arrivée, la température est à 39°, l'éruption de scarlatine est généralisée.

Scarlatine normale sauf une angine tenace, douleurs articulaires violentes.

Sortie le 15 juin après guérison.

Rubéole

Madeleine Au..., 3 mois, entrée le 3 avril 1924.

L'enfant présente une éruption généralisée rose vif, non

confluente, nombreux ganglions au cou, dans le pli de l'aîne, indolores, toux sèche.

5 avril : l'éruption est disparue, mais la polyadénopathie persiste.

La température n'a pas atteint 38°.

Guérison rapide.

Obs. II. — P... Pierre, 8 mois, entré le 21 mars 1924.

Eruption d'éléments rosés à contour géographique avec quelques points confluents sur le front, sur le tronc et les membres, éléments très rapprochés avec tendance à la confluence.

Pas de catarrhe ni de conjonctivite, pas de Köplick.

Adénopathie multiple et volumineuse.

Bouche : langue saburrale, stomatite très marquée.

Poumon : congestion des bases plus marquée à gauche.

Bronchite diffuse. Guérison.

Obs. III. — D... Marguerite, 5 mois.

Entrée le 2 avril 1924 avec sa mère qui est hospitalisée pour rubéole, enfant au sein, rien à l'examen.

4 avril : température 39°, rien au poumon, rien à la gorge.

5 avril : éruption surtout marquée sur le front et la face formée, d'élément morbilliforme, pas de Köplick, mais du catarrhe laryngé-oculaire-bronchique.

7 avril : otite.

17 avril : éruption morbilliforme généralisée sans confluence, adénopathies multiples, langue saburrale, pas de Köplick, diarrhée verte, vomissements.

19 avril : gros souffle à la base gauche.

23 avril : foyer de gros râles crépitants à la base droite, et au centre de cette région des râles fins.

L'enfant meurt le 26 avril,

CONCLUSIONS

Les nourrissons de moins d'un an sont susceptibles d'être contaminés par la rougeole, la rubéole, la scarlatine et la varicelle, quoique plus rarement que les enfants plus âgés.

Le nourrisson est moins exposé, surtout avant 6 mois, à la contagion.

La gravité des cas dépend :

1° des épidémies ;

2° du mode d'allaitement ;

3° de l'état de santé antérieur, de l'enfant.

La mère atteinte d'une fièvre éruptive devra continuer l'allaitement, le lait maternel mettant l'enfant dans les meilleures conditions pour surmonter l'infection sauf dans les formes scepticémiques ou délirantes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
PIERRE TEISSIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BECLÈRE-CHAMBON et MÉNARD. — Etude sur l'immunité vaccinale. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 23 janv. 1896, 23 déc. 1898, 23 févr. 1899.

BECLÈRE-CHAMBON, MÉNARD et COULOMB. — Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum (*C. R. Acad. des Sciences*, 24 juillet 1899).

CAMUS. — *Bulletin Médical*, 1920.

CHAUVET. — La mortalité dans la rougeole particulièrement de la 1^{re} enfance (*Nourrisson*, Paris, 1914).

COULOMB. — Immunité vaccinale transmission intra-utérine (*Thèse de Paris*, 1889-1890).

D'ESPINE. — *Nouv. Dictionnaire de méd. et chirurgie pratique*, 1885. Art. Vaccine.

DUTREY. — Les maladies contagieuses chez l'enfant au-dessous de 6 mois (*Thèse de Lyon*, 1921).

GASTINEL. — Les réactions humorales dans la vaccine, leur rapport avec l'état d'allergie (*Bulletin Médical*, Paris, 1920).

HUSSON. — *Dictionnaire des sc. médicales*, 1821.

JENNER. — 1^{re} publication, 1798).

LELIÈVRE. — Variole et vaccine, leur influence réciproque chez la mère et chez l'enfant. Vaccine chez la femme et le nouveau-né (*Th. de Paris*, 1901-1902).

LESAGE. — Maladies du nourrisson, 1911.

MAS. — Vaccins inefficaces. Proportion chez le nouveau-né dont les mères ont été vaccinées pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1910-1911).

NEAU. — Essai sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson (*Th. Bordeaux*, 1912-1913).

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

VAILLARD. — Sur l'hérédité de l'immunité acquise (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896).

WEILL et PÉHU. — *Traité de pat. méd. et thérapeut. appliquée*, Pédiatrie II, 1923.

WURTZ. — *Bull. acad. médecine*, 1918.

Varicelle

APERT. — La varicelle à la Maternité, 1893.

BOUCHARD. — *Traité de Pathol. générale*, t. III.

— *Bulletin d'académie des sciences*, 1891.

CHAMBARD. — Art. Varicelle. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II.

COMBY. — Notes sur l'exanthème de la varicelle (*Progrès médical*, 1884).

GAILLARD-BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de Médecine*, t. II.

GRANCHER et COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. I.

GRENET. — *Traité de Path. médicale et thérapeut. appliquée*, Collect. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.

HUTINEL. — *Traité des maladies des enfants*.

— *Archives gén. de médecine*, 1892.

LESAGE. — *Maladies du Nourrisson*, 1911.

MARIE. — Les éruptions dans la varicelle (*Thèse de Paris*, 1893-1894).

PICOT et D'ESPINE. — *Maladies de l'enfance*.

TEISSIER. — *Nouveau traité de Médecine*. Roger Vidal et Teissier.

TORDEUS. — Bruxelles, 1877.

Rougeole

A.-C. ABBOTT. — The relative infrequency of acute specific infection in the first year of life with a probable explication for it (*American*, 1900).

ARMAND DELILLE. — *Traité de Pathol. médicale et thérapeutique appliquée*. Collect. Sergent-Ribadeau.

BALESTRE. — Mortalité de 0 à 2 ans à Nice (*Thèse de Lyon*, 1904-1905).

BARBIER. — *Mémoire sur la rougeole*, 1892.

BARRIER. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1861.

BARTHEZ et SANNÉ. — *Traité pratique et clinique des maladies des enfants*.

BÉCLÈRE. — De la contagion de la rougeole (*Th. de Paris*, 1881-1882).

BLACHE et GUERSANT. — Extraits de Pathologie infantile, 1883.

BONNAVES. — Mortalité de 0 à 1 an (*Th. de Toulouse*, 1904).

BOUCHARD. — *Pathologie générale*, t. I.

CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II, 1882.

CHARCOT-BOUCHARD. — *Traité de pathol. générale*, t. III.

CHAUFFARD. — *Bulletin de la soc. méd. des Hôpitaux*, 1895.

CHAUVET. — La mortalité dans la rougeole partic. de la 1^{re} année (*Nourrisson*, Paris, 1914).

CIOFFI. — *Gaz. degli. osp.*, 18 mars 1900.

CLAVERIE. — Grossesse et rougeole (*Th. de Bordeaux*, 1885).

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. I.

— Statistique Hôp. Trousseau, 1895.

CORENSVÈTE. — La rougeole aux enfants malades en 1908 (*Th. de Paris*, 1908-1909).

D'ESPINE et PICOT. — *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 4^e éd., 1889.

DIEULAFOY. — *Précis de pathol. interne*.

DUMAS. — *Union Médicale*, 1876.

DUTREY. — Les maladies contagieuses chez l'enfant au-dessous de 6 mois (*Th. de Lyon*, 1921).

ENRIQUEZ, BERGÉ, LAFFITE, LAMY. — *Traité de médecine*, t. I.

FÉDON. — *Archives de médecine des enfants*, 1912.

FERRÉOL. — Rapport sur les épidémies, 1883.

FIEUX. — Rougeole congénitale (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1895).

FRENKEL. — De l'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des infections antérieures (*Th. de Paris*, 1898).

GASSOT. — *Gaz. des Hôp.*, 1874-75.

GANNELON. — La rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés, contagion et prophylaxie (*Th. de Paris*, 1891-1892).

GRANCHER et COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. I.

GRANCHER. — Collect. Brouardel et Gilbert, *Traité de méd.*

HUTINEL. — *Les maladies des enfants*, t. I.

LEMARQUAND. — Scarlatine maternelle et nourrissons (*Th. de Paris*, 1906).

LEREBoullet. — *Revue de Technique médicale*, juin 1924.

LESAGE. — *Traité des maladies des nourrissons*, 1911.

LE SOURD. — Contagion de la rougeole (*Th. de Paris*, 1900).

MARFAN. — *Pratique des mal. d'Enfants*, t. I.

— *Traité de l'allaitement*.

MAZURIE. — Mortalité de 0 à 1 an (*Th. de Bordeaux*, 1907-1908).

MONTI. — Vienne, 1866.

NEAU. — Essai sur la contagiosité de la Rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson et ses allures cliniques (*Th. de Bordeaux*, 1912-1913).

NEUMANN. — Mode d'alimentation et immunité dans les maladies infectieuses (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895).

NOBÉCOURT. — *Précis des maladies d'enfants*.

NOUVAT. — Grossesse et rougeole (*Th. de Bordeaux*, 1904).

ODDO et SAUVAN. — Un cas d'hyperthermie au cours de la rougeole sans complications apparentes (*Arch. Méd. des enfants*, 1908).

OLLIVIER. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfant. Rougeole dans les asiles et dans les crèches (*Arch. de Méd.*, 1888).

PANUM. — *Arch. gén. de méd.*, 1851.

RILLIET et BARTHEZ. — *Traité des mal. des enfants*.

ROCAZ. — Rougeole congénitale (*Gaz. hebdo. sc. méd. de Bordeaux*, 1896).

ROGER. — Statistique de l'Hôp. Cl. Bernard, 1899.

SANNÉ. — Art. rougeole, *Diction. encyclopédique des sc. médicales*.

SEVESTRE. — *Etude de clinique infantile* (Paris, 1899).

— *Traité de mal. des enfants*. Rilliet et Barthez.

STEFFEN. — *Deut. Arch. für Klin.*, 1899).

SYDENHAM. — *Œuvres*.

TAILLENS. — Immunité des nourrissons (*La Clinique*, 1912).

TEISSIER. — (Roger Widai et Teissier), t. II.

TELESFORO FIORI. — *Gaz. degli osp.*, 1900.

VARIOT. — Immunité du nourrisson (*La Clinique infantile*, 1911).

VARIOT. — Immunité du nourrisson contre les fièvres éruptives (*Presse Méd.*, 1912).

VARIOT. — Statistiques de rougeole (*Bulletin de la soc. de Pédiatrie*, Paris, 1904).

WEILL. — *Précis de méd. infantile*.

WEILL et PÉHU. — Maladies infectieuses et contagieuses. Collect. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Pédiatrie II.

Scarlatine

A. C. ABBOTT. — The relative infrequency of acute specific infection (*American*, 1900).

APERT. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.

J. ALLAN. — Scarlatine chez un enfant de 3 semaines (*British Méd. Journ.*, 13 mars 1905).

BOHN. — *In Jarbüch f. Kinderheilkunde*, 1869.

BERGÉ. — (*Thèse de Paris*, 1896).

BERNOUILLI. — *Corresp. Bl. f. Schweitzer Aertze*, 1875.

BUSSY. — (*Thèse de Paris*, 1879).

CHARPENTIER. — La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896 (*Th. de Paris*, 1896-1897).

CHAUSERIE-LAPRÉE. — De la rhinite purulente dans la scarlatine (*Th. de Paris*, 1900).

CAIGER. — Analyse de 1008 cas de scarlatine entrés au South. Western. Hospital in 1890. (*Lancet*, London, 6 juin 1891).

COMBY. — *Soc. méd. des hôpitaux*, février 1897.

DAMAIN. — Etude sur la malignité et les infections second. dans la scarlatine. Prophylaxie (*Th. de Paris*; 1890-1891).

DUMAS. — La scarlatine aux Enfants-Malades en 1908 (*Th. de Paris*, 1908-1909).

DURAND. — Scarlatine puerpérale (*Th. de Paris*, 1890-1891).

GOUGET. — La scarlatine à l'hôpital Cl. Bernard, 1908 (*Rev. de Méd.*, janv. 1910).

HALLÉ. — Collect. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.

JOHANSEN. — Statistique de mortalité pour la scarlatine en Norvège de 1862 à 1878).

LEGENBRE. — La scarlatine (*Th. de Paris*, 1881).

LEGENBRE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 22 nov. 1895.

LEMARQUAND. — Scarlatine maternelle et nourrissons (*Th. de Paris*, 1906).

LEROUX. — *Soc. de péd.*, 1900.

LESAGE. — De la scarlatine chez la femme en couches (*Th. de Paris*, 1877).

MALTRAIT. — La scarlatine aux Enfants-Malades. Etude statist. et clinique (*Th. de Paris*, 1900-1901).

MEYER. — Contribution à l'étude de la scarlatine hémorragique (*Th. de Paris*, 1886-87).

NAVARRÉ. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1899 (*Th. de Paris*, 1899).

ODENT. — *Th. de Paris*, 1887.

PONS. — Union médicale, 1864.

REMLINGER. — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XIII, 1899, p. 129.

RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies des enfants*, t. III.

ROGER. — *Rev. de Médecine*, 1899-1900.

— *Mal. infectieuses*, 1902.

SENN. — Scarlatine puerpérale (*Th. de Paris*, 1825).

TEISSIER. — *Traité de Roger Widai et Teissier*, t. II.

WELCH et SCHAMBERG. — Acute diseases.

WURTZ. — Dernière édition du *Traité de Médecine*, Brouardel et Gilbert.

Rubéole

ALLIOT. — Contribution à l'étude de la rubéole (*Th. de Bordeaux*, 1891).

AVIRAGNET et APERT. — *Bull. soc. péd.*, 1906.

CADERAS. — La rubéole à Rennes (*Th. de Paris*, 1901).

CHARCOT et BOUCHARD. — *Traité de médecine*.

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*.

— Communication sur la rubéole (*Soc. de péd.*, 1905).

DIDIER. — Contribution à l'étude de la rubéole (*Th. de Paris*, 1891).

DOURNEL. — Epidémie de rubéole grave (*Th. de Paris*, 1906-1907).

GRANCHER et COMBY. — Maladies de l'enfance.

HALLÉ. — Collect. Sergent-Ribadeau-Dumas.

HIDEO SAITO. — Observation d'une épidémie à Port-Arthur en 1913 (*Zentralblat. f. Kinderheilkunde*, 1914).

NETTER. — Art. rubéole (*Traité de Méd. Brouardel et Gilbert*).

RAYMOND. — *Progrès méd.*, 1881.

SEVESTRE. — *Soc. de Pédiatrie*, 1905.

TEISSIER. — *Nouveau traité de médecine* (Roger Widal-Teissier).

VARIOT. — Epidémie aux Enfants-Malades (*Bull. soc. de pédiatrie*, 1905).

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. A. CLERC.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

